Rok XLV. Kraków 13 Stycznia 1906. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Cukrzyca i boczne skrzywienie kręgosłupa po urazie, czy też od rażenia piorunem?

Podał

Doc. Dr. W. Chlumský.

W lecie 1905 r. Kraków nawiedzały przez kilka tygodni prawie codzienne, nagle zrywające się burze i nawałnice. Pewnego gorącego dnia (3 sierpnia 1905) nadciągnęła burza tak nadzwyczajnie niespodzianie i szybko, że przechodnie i zwiedzający parki nie mieli nawet czasu schronić się. Na plantacyach krakowskich uderzył piorun w stare drzewo kasztanowe i zdruzgotał go. W tej właśnie chwili przechodziły tamtędy dwie osoby, matka i córka, które natychmiast zemdlały, bądź wskutek rażenia piorunem, bądź też wskutek urazu, zadanego odłamkami strzaskanego drzewa. Matka opowiadała, że gdy po uderzeniu pioruna przyszła znów do przytomności i chciała się podnieść, wtenczas spadła na nią i dziewczynkę gruba gałąź tak, że straciła po raz drugi przytomność. Przechodnie i wezwane pogotowie Towarzystwa ratunkowego uwolniło nieszczęśliwe z pod konarów, zaopatrzyło i przewiozło do mieszkania.

Lekarz domowy dr F. Eichhorn, opodal mieszkający, polecił mnie wezwać, tak że w godzinę może po wypadku miałem sposobność zobaczyć obie skaleczone panie. Starsza pani, licząca około 35 lat, już się przechadzała; doznała ona tylko nieznacznych zdarć naskórka i kontuzyi prawie na całem ciele. Młodsza, dziewczynka 11-letnia, leżała w łóżku blada i drżąca. Obydwie kończyny dolne były bezwładne; prawe podudzie mniejwięcej w środku (obydwie kości) było złamane; prawa strona miednicy płasko wgłębiona i prawa kość biodrowa również w środku złamana. Nadto liczne zdarcia naskórka na lewej kończynie, wykręcenie lewego stawu stopowego i ciężkie kontuzye kolana i grzbietu, jednak, jak się zdawało, bez uszkodzeń głębiej leżących i wewnętrznych narządów. Kończyny górne, głowa i klatka piersiowa nie doznały obrażeń. Na prawej stronie miednicy znajdowało się podbiegnięcie krwawe, rozciągające się na dolną przednią ścianę brzuszną do pępka i linii środkowej; ku tyłowi na całą okolicę kości krzyżowej, a ku dołowi na przednią górną połowę prawego uda.

Badanie było nader trudne, gdyż chora ledwo pozwalała się dotknąć. Krzyczała przy najostrożniejszem nawet dotknięciu i uskarżała się ciągle na bole. Nie było można jej również posadzić i dokładnie zbadać na grzbiecie. Dlatego założyliśmy tu tylko wilgotny opatrunek (3% roztwór sody), a na złamane podudzie opatrunek ustalający, ale również wilgotny. Stłuczone miejsca opatrzono częściowo na sucho, częściowo opatrunkami wilgotnymi.

Opatrunki wilgotne zmieniano 3—4 razy dziennie, z wyjątkiem opatrunku na podudziu, który zmienialiśmy raz tylko dziennie. Podczas pierwszego opatrywania oddała chora nieco moczu. Natychmiastowe zbadanie w jednym z tutejszych zakładów (Dr. Blassberg) wykazało obok nielicznych ciałek czerwonych 3·9% cukru. Z tego powodu zalecono dyetę przeciwcukrzycą, zresztą odżywiano chorą obficie. Ciepłota podniosła się w pierwszych 2 dniach do 38·5°, później wahała się przez kilka dni pomiędzy 37·2 a 38·0. Nieznaczne podwyższenie, nie przekraczające 37·5°, spostrzegano jeszcze prawie przez 3 tygodnie.

Również tętno było w pierwszej chwili przyśpieszone i małe — wynosiło 100 do 130 uderzeń na minutę. Wszystkie te objawy jednak ustępowały zwolna i również ilość cukru w moczu zmniejszała się z dnia na dzień: na drugi dzień wynosiła już tylko 2%, czwartego 1%, a szóstego tylko nieznaczne ślady. Od dnia ósmego nie było już cukru. tak, że zaniechano dyety przeciwcukrzycej. I stan ogólny również się poprawił. Chora skarżyła się wprawdzie bardzo na bole, które występowały także podczas spokojnego leżenia, jednakowoż coraz bardziej się uspakajała w tym kierunku. Piątego dnia założono na złamane podudzie opatrunek gipsowy. Obie kończyny, o ile się dało, poddano ostrożnemu codziennemu mięsieniu, a od 6 dnia elektryzowaniu.

Przy takiem leczeniu pogoiły się powierzchowne rany, które wszystkie były zakażone i dawały znaczną wydzielinę, również ustąpił i bezwład. Najprzód pojawiło się poruszanie palców na kończynie lewej, która powracała do stanu prawidłowego szybciej tak, że w przeciągu 3 tygodni osiągnęła zupełną ruchomość. W prawej kończynie dolnej pierwsze pojedyncze ruchy palców pojawiły się dopiero w 3 tygodnie po wypadku, — w kilka dni później również ruchy mięśnia czworogłowego i ustaliły się mniejwięcej dopiero po upływie 5 tygodni. Czucie nie ucierpiało od tego urazu. Na prawej stronie miednicy i w najbliższem otoczeniu, powyżej już oznaczonem, wystąpiło naprzód bardzo silne obrzmienie, które wykazywało na zewnętrznej stronie miednicy chełbotanie. Cała okolica była już przy słabem poruszaniu bolesna. Mięsienie, które ostrożnie tu wykonałem, było dla chorej nader dotkliwe.

Przez mniejwięcej 14 dni chora leżała w tem samem położeniu tak, że tylko z trudem można było zmienić bieliznę. W 5-tym tygodniu zdjęto opatrunek gipsowy. W miejscu złamania wytworzyła się dość silna kostnina, utrzymująca końce złamanej kości w należytem przystosowaniu. Jednakowoż zatrzymano stary gips jeszcze przez dalszych 14 dni, zmieniano go tylko codziennie; masowano i elektryzowano pilnie, przez co także ruchomość doprowadzono do prawidłowych granic. Najdłużej utrzymywało się

obrzmienie i bolesność prawej połowy miednicy i grzbietu. Dopiero w 3 tygodnie można było chorą posadzić z podparciem i zmienić pościel. Już wówczas wpadło nam w oczy, że pacyentka uderzająco krzywo się trzyma; ponieważ jednak uraz był świeży, uważaliśmy to jako naturalne następstwo osłabienia i bolu. Kiedy jednak w szóstym tygodniu podniosła się i próbowała stanąć, podstawa pochylona nie zmieniła się. Oparta głównie na lewej kończynie, przechylała się silnie na lewo tak, że prawa połowa miednicy znacznie wystawała. Kręgosłup tworzył silny łuk na lewo, z odległością około 3 cm. wierzchołka od linii środkowej, oraz z odległością od poziomej, pociągniętej przez karby odbytu, około 5 cm. od tego miejsca. W dolnej części klatki piersiowej kręgosłup skierowany był na prawo i tworzył tam drugi łuk z wierzchołkiem na prawo. Łuk ten był prawie tak znaczny, jak dolny. Jednem słowem mieliśmy przypadek daleko posuniętego zboczenia bocznego kręgosłupa (*scoliosis*). Jednego tylko tu brakowało: odpowiednio znacznego skręcenia (rotacyi) kręgów. Istniało ono wprawdzie, ale w tak nieznacznym stopniu, że nie mogło być mowy o wytworzeniu się garbu. Zagięć łuków żebrowych napewno nie było. Skrzywienie kręgosłupa ustępowało szybko bez szczególnego leczenia tak, że w 8 tygodniu istniało jeszcze tylko bardzo nieznaczne boczne skrzywienie, które miało cechy stanu przejściowego. Ale i to przy odpowiedniem traktowaniu polepszyło się; dzisiaj w 3 miesiące po wypadku znajduje się na tułowiu dziewczynki tylko nieznaczne obrzmienie prawej połowy miednicy, kręgosłup natomiast jest zupełnie prosty.

Dalszy przebieg leczenia był prawidłowy. Od szóstego tygodnia mogła chora samodzielnie chodzić, a w tydzień później także bez opatrunku.

Częściowe bole oraz chełbotanie zupełnie ustąpiły w prawej połowie miednicy, jak również zmniejszały się i obrzmienia Pozostałe obrzmienie odpowiada znacznie rozwiniętej kostninie kości biodrowej.

W opisanym wypadku urazu dwie rzeczy były godne uwagi: pojawienie się cukru w moczu i boczne zboczenia kręgosłupa z dziwnym przebiegiem.

Występowanie cukru w moczu po zranieniach nie jest rzadkością; ale zdarza się zwykle po ciężkich urazach głowy i brzucha, a tylko bardzo rzadko po złamaniu kości. W naszym przypadku narządy wewnętrzne były, jak się zdaje, nie naruszone. Obrażenia wprawdzie były wielkie i połączone z wielkiem broczeniem krwi, jednakowoż ta wielkość urazu nie dała według naszego zdania powodu do wystąpienia cukrzycy. Zwłaszcza nie mogliśmy zrozumieć, dlaczego cukrzyca tak prędko ustąpiła, skoro podbiegnienia krwi i obrzęk w pierwszych dniach wciąż zwiększały się. Może cukrzyca powstała wskutek uderzenia piorunu, lub z powodu wielkiego przerażenia w czasie doznania obrażeń. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, jak wspomniałem, pacyentka została najpierw ogłuszoną piorunem, a następnie przywaloną spadającymi konarami. Za tem przemawiają zeznania matki, która szła nieco dalej od tego drzewa i podczas uderzenia piorunu padła zemdlona. A gdy chciała następnie powstać, została przez spadającą gałąź po raz drugi na ziemię rzuconą. Jednakowoż żadna z pacyentek nie okazywała zranień, któreby można uważać jako zranienie specyalne, pochodzące od rażenia piorunem. Młodsza pacyentka zapomniała o wszystkiem, co się z nią działo na krótko przed zranieniem i w czasie odniesienia ran. Jest ona osobą nerwową i wrażliwą, która przez pierwszych parę tygodni przy każdej burzy popadała w straszne rozdrażnienie. Przed zranieniem nie okazywała żadnych objawów cukrzycy. Nieco przedtem była leczona przez bardzo sumiennego lekarza chorób dzieci z powodu nieżytu pęcherza i wtedy nie stwierdzono u niej ani śladu cukrzycy. Nie ulegała też innym objawom cukrzycy, jak częste picie, lub częste oddawanie moczu.

Jeszcze bardziej dziwnem, aniżeli tak szybko znikająca cukrzyca, było boczne skrzywienie kręgosłupa, które z pewnością w tak wysokim stopniu zostało wywołane dopiero przez doznany uraz. Pacyentka robiła wrażenie, jakby uległa zboczeniu kręgosłupa po rwie kulszowej. Skrzywienie kręgosłupa było znaczne, a oprócz tego tylko bardzo małe skręcenie bez zniekształtnienia żeber. Wraz z leczeniem uszkodzeń ustąpiło to zboczenie kręgosłupa, podobnie jak takież zboczenie wskutek rwy kulszowej po leczeniu głównego cierpienia, bez jakichkolwiek specyalnych zabiegów ortopedycznych. Możliwem jest, że istniało jakieś lekkie zboczenie już przed odniesieniem obrażeń, chociaż rodzice twierdzą, że dziecko było proste, jak świeca. Lekkie skrzywienie mogło ujść uwagi rodziców, ale tak bijące w oczy skrzywienie, jakie było po opisanym urazie, musiałoby zwrócić uwagę otoczenia. Że to zboczenie było wywołane przez wypadek, za tem przemawia szybkie i samoistne polepszenie. Dziś w 3 miesiące po odniesieniu obrażeń kręgosłup pacyentki jest zupełnie prosty, tylko prawe biodro jest nieco odstające, co powstało wskutek wytworzenia się kostniny i lekkiego nieznacznego przesunięcia części kostnych.

O ile mi wiadomo, podobna postać zboczenia kręgosłupa nie była jeszcze spostrzeganą po doznaniu urazu.

W sprawie leczenia przepuklin pępkowych u dzieci.

(Z powodu artykułu doc dr. Chlumskyego, „Przegląd lekarski“, 1905, Nr. 46.)

Podał

Fr. Grodecki.

W zupełności uznając zalety obmyślonego przez Dr. Chlumskyego paska, chciałbym na tem miejscu zaznaczyć, że stosowanie paska u małych zwłaszcza dzieci napotyka wiele niedogodności. Popierwsze, szczególnie w praktyce wiejskiej, zdobyć odpowiadający wszystkim wymaganiom pasek jest nadzwyczaj trudno, nie posiadamy bowiem odpowiednio uzdolnionych majstrów, którzyby potrafili paski owe sporządzać; zazwyczaj bowiem sprężyny bywają niewłaściwej mocy: raz za silne, to znowu za słabe, nadto często ulegają złamaniu; peloty również najczęściej pozostawiają bardzo wiele do życzenia. Ciągłe noszenie paska, zwłaszcza przez dzieci do 2 lat życia, jest bardzo uciążliwe, gdyż często ulega on zamoczeniu, obciera skórę, powodując wypryski. To też osobiście od szeregu lat stosuję pasek tylko przy przepuklinach pachwinowych, wszystkie zaś przepukliny pępkowe stale leczę zapomocą przylepca amerykańskiego. Statystyka moja za ostatnie 10 lat obejmuje 132 przypadki przepuklin pępkowych u dzieci od 2 miesięcy do 3 lat; wszędzie otrzymałem wyniki zupełnie dobre, gdyż po krótszym lub dłuższym stosowaniu opatrunku przylepcowego przepuklina zawsze ginęła.

Sam opatrunek przylepcowy jest b. prosty tak, że matki, którym go raz pokazałem, zazwyczaj zmieniają go same co 4—6 dni, przyczem, o ile na skórze ujawni się najlżejsze nawet podrażnienie, między jednym a drugim opatrunkiem zalecam jednodniową przerwę.

Opatrunek, jaki stosuję stale, wykonywam w sposób następujący: obmywszy dokładnie pępek, przysypuję go zlekka talkiem, kładę nieduży kłaczek waty, poczem zbieram skórę w dwie typowe podłużne fałdy w ten sposób, by pępek znalazł się w zagłębieniu; zbliżam fałdy jedna do drugiej możliwie ściśle i ponad nimi w kierunku poprzecznym nakładam szereg (5—7) dachówkowato na siebie zachodzących pasków przylepca, $1\frac{1}{2}$ cm. szerokich, do 15 cm. długich. W ten sposób nałożony opatrunek usuwa wszelką możność dalszego powiększania się otworu przepuklinowego, który stopniowo zwęża się, aż wreszcie przepuklina ginie. O ile plaster jest dobry, kąpiele nawet co drugi dzień bynajmniej opatrunku nie uszkadzają. W celu kontrolowania, ażali skóra nie uległa zadrażnieniu, polecam co kilka dni unosić zewnętrzne końce pasków. Dla uniemożliwienia zdzierania opatrunku u starszych dzieci zalecam na przylepiec szeroki bandaż płócienny.

Taniość tudzież prostota tego opatrunku są tak zrozumiałe, że uważam za zbyteczne je udowadniać, otrzymane zaś wyniki tak dobre, że śmiało go wszystkim kolegom pracującym na wsi polecić mogę.

Na powyższe uwagi Dr. Grodeckiego nadesłał Doc. Dr. Chlumský następującą odpowiedź:

Dr. Fr. Grodecki opisuje i poleca opatrunek przylepcowy (z przylepca amerykańskiego) dla leczenia przepuklin pępkowych, który również i ja uważam za jeden z najlepszych. Ponieważ jednak przy zastosowaniu tego opatrunku spostrzegałem czasem pewne niedogodności, poczuwam się tedy do obowiązku zaznaczenia co następuje: Przedewszystkiem muszę zaprzeczyć, jakoby zakładanie opatrunku przylepcowego było tak bez zarzutu, jak to podaje Dr. Grodecki. Miałem możność stwierdzić kilka razy złe wyniki, które nastąpiły pomimo starannego postępowania lekarza. Jako przykład przytaczam przypadek, który niedawno widziałem i który był tu zbadany przez kilku kolegów. Dotyczył on czteromiesięcznego dziecka pewnego radcy sądowego z większego miasta prowincyonalnego; przepuklina pępkowa wystąpiła u tego dziecka zaraz po urodzeniu. Przywołany lekarz domowy założył opatrunek przylepcowy, tak jak to opisuje Dr. Grodecki. Po pewnym czasie wytworzył się wyprysk tak, że tego rodzaju opatrunek na jakiś czas trzeba było usunąć. Małe owrzodzenia uległy zakażeniu, wytworzył się długotrwały wrzód, który po pewnym czasie wygoił się, pozostawiając szeroką cienką bliznę. Leczenia zapomocą przylepca musiano zaniechać, a inne opaski okazały się nieskutecznemi. Tymczasem jednak przepuklina powiększyła się aż do wielkości pięści i przez kilkakrotne lżejsze i cięższe uwięźnienia sprowadzała różnorodne zaburzenia w trawieniu. Słowem, dziecko cierpiało bardzo, a rodzice zwalili całą winę na ordynującego lekarza, oczywiście zupełnie niesłusznie, za to, że zastosowano zwykły opatrunek przylepcowy. To wszystko stało się pod surową i sumienną kontrolą lekarza, a o ile gorszy obrót może wziąć taka sprawa, jeżeli się ją powierzy laikom. W opisanym przypadku moja opaska przepuklinowa sprowadziła natychmiastową poprawę.

Przy tworzeniu się wyprysku, co przyznaje i Dr. Grodecki, często nie wystarcza jeden dzień do jego wyleczenia. Jeżeli pomimo wystąpienia wyprysku leczymy przepuklinę dalej tym samym sposobem, to wyprysk powiększa się tylko, a odłożenie opatrunku choćby tylko na jeden dzień nie jest bez ujemnego wpływu na postęp leczenia przepukliny.

Jeżeli wrota przepuklinowe pozostają choćby kilka godzin otworem, to wnętrzności wstępują w nie i rozszerzają na nowo, przez co leczenie przepukliny opóźnia się. Wreszcie musi opatrunek przylepcowy ucierpieć także w kąpieli, staje się luźniejszym i nie trzyma się tak dobrze, jak przedtem.

Opatrunki ze skóry i ze stali, tak jak to je sporządzają bandażyści, ulegają zepsuciu, co słusznie zaznacza Dr. Grodecki, wskutek wilgoci. Radzimy sobie jednak w ten sposób, że sprawiamy dwa, ewentualnie trzy opatrunki i używamy ich naprzemian. Próbowaliśmy również sprężynę stalową obwijać woskowem płótnem lub woskowym papierem, a skórę przepajać dobrze tłuszczem.

O otrzymanych wynikach doniesiemy później.

Chlumský.

O obrzezaniu rytualnem.

Podał

Dr. J. Fels.

(Ciąg dalszy.)

II. Ghillany tłómaczył obrzezanie u żydów, jako zastępstwo ofiarowania chłopców pierworodnych Molochowi. Bogiem pierwotnym starych Hebrajczyków był Moloch (melech — król), lub też zwany Baal (pan). Przedstawiano go, według opisów w talmudzie, jako statuę spiżową z głową byka i wielkim brzuchem, służącym za piec dla rozniecenia ognia, a skoro statua była rozżarzona, kapłan kładł ośmiodniowe dziecko na rozwarte ramiona Molocha. Było siedm kaplic, w których ofiarowano różne zwierzęta domowe, a w siódmej kaplicy ofiarowano pierworodnych chłopców. By zaś rodzice nie słyszeli krzyku dziecka, uderzano w bębny i dlatego miejsce to nazwano „tofet", to znaczy bęben, albo zwano też to miejsce „hinnom", to znaczy krzyk, od krzyku dziecka. O podobnych statuach w Kartaginie wspominają Diodorus i Scipio, a odkrywcy Ameryki znaleźli coś podobnego w r. 1518 na jednej z wysp zatoki meksykańskiej [7]).

Odcięcie i ofiarowanie całego członka u kapłanów fenickich tłómaczono właśnie jako przejście od ofiarowania ludzi do obrzezania. Daumer także pojmuje obrzezanie jako łagodzące zastępstwo trzebienia mężczyzn, które w starożytności uważano za święty i bogom miły czyn. Panujący w niektórych gminach żydowskich zwyczaj palenia obrzezanego napletka miał również przypomnieć pochodzenie obrzezania od ofiar ludzkich; tak samo oznaczenie ósmego dnia, jako dnia obrzezania, gdyż ósmego dnia ofiarowano pierworodnych Molochowi. Przez obrzezanie więc obdarza się dziecko na nowo życiem i dlatego obrzezak po dokonanej operacyi dotyka warg dziecka palcem, umoczonym w winie, mówiąc „Bóg rzekł do ciebie: dla tej krwi żyj!" Także wysysanie krwi z rany miało według niektórych tłómaczeń przypominać picie krwi przy dawnych ofiarach dla uzyskania pojednania. To samo miał przypominać niepraktykowany już zwyczaj trzymania dziecka świeżo obrzezanego nad miednicą z wodą, by nieco krwi doń ściekło, a otoczenie myło sobie twarz tą wodą krwawą, do której dla uprzyjemnienia dodawano także różne pachnidła. Ofiary ludzkie ma również przypomnieć dawniejszy zwyczaj ubierania dziecka do obrzezania w czerwony płaszczyk barwy krwi, a noworodka nazywano krwawym narzeczonym (*Blutmantel* i *Blutbräutigam*).

Według niektórych obrzezanie miało także przypomnieć obrzęd Lingama u Lingaitów w Indyach południowych, u któ-

[7]) J. B. Friedreich: Ueber die jüdische Beschneidung. Ansbach 1844. str. 39 i dalsze.

rych symbolem Boga Siwy jest członek męzki; noszą oni ten symbol ze sobą w pudełku srebrnem Sekta ta, obejmująca wiele milionów wyznawców w Indyach południowych, powstała w wieku dwunastym i według niektórych pierwowzorem jej miał być grecki obrzęd Phallosa (φαλλος, członek męzki), który w Grecyi i we Włoszech się utrzymał do upadku pogaństwa. Przy uroczystych obchodach Phallosa noszono jego symbol, uszyty z czerwonej skóry na drążku. Phallos był właściwością bogów Pana, Priaposa i pod niejakim względem także Hermesa i noszono to godło także jako amulet dla odpędzenia czarów.

III. Strabo i Origines podają, że obrzezanie powstało z zabobonu i bojaźni, jako środek odpędzenia złych duchów i demonów; także chrztowi przypisywano podobne znaczenie. Myśl tę spotykamy także w Kabale[8]). Przez zranienia noworodków, szczególnie ich części rodnych, które w starożytności otaczano szczególną czcią, chciano zjednać sobie złe duchy. W tym samym celu zjednania sobie złych duchów Meksykanie robili nacięcia na częściach płciowych noworodków; szczepy dzikie nad rzekami Orinoko i Apure w południowej Ameryce poddawały ich obrzezaniu, mieszkańcy Kapuli, jednej z wysp Filipińskich, przebijali przez żołądź noworodków mały gwoździk cynowy, a Hottentoci trzebili chłopców po jednej stronie, rzekomo by mogli lepiej biegać[9]). Dla ciekawości przytoczę jeszcze, że misyonarz pater Gumila sądził, iż dzicy Indyanie nad rzeką Orinoko i Apure są potomkami owych dziesięciu szczepów ludu izraelskiego, których Salamanasser odprowadził do niewoli assyryjskiej, ponieważ widział, że są obrzezani, a wiadomo, że po odkryciu Ameryki uważano ją za wschodnie wybrzeże Azyi[10]).

O powstaniu obrzezania u tubylców Australii daje Dr. Trazer w „Brit. med. Journal" wyjaśnienia następujące: U tubylców bardzo rozpowszechniony jest zabobon dotyczący krwi. Krwi ludzkiej używa się do różnych obrzędów religijnych, a nawet jako środek wzmacniający chorych. Wprawdzie nie musi się pić krwi, lecz używanie jej jest często symboliczne. Przed wyprawą bojową wojownicy skrapiają siebie swoją krwią, wydobytą z żył podskórnych części płciowych: potęguje się przez to rzekomo siłę osobistą i równocześnie zabezpiecza się od zdrady. Obrzezanie wykonywają wszystkie szczepy Australii środkowej, lecz dopiero na młodzieńcach dorastających, a krewni obrzezanego piją krew przytem płynącą, lub znaczą nią swoja pierś i czoło. U szczepu Arunty daje się napletek młodszemu bratu operowanego do zjedzenia w przesądzie, że przez to wyrośnie i zmężnieje. W Kinslandzie we wschodniej części Australii używa się krwi z obrzezania do celów leczniczych; obrzezają oni i kobiety. Inne szczepy używają krwi z obrzezania i napletki do ofiar dla podniesienia urodzaju swych pól i wydajności wód. U innych znowu przeznacza się napletek drzewu świętemu, odgrywającemu rolę w wierze o przechodzeniu dusz[11]).

IV. Niektórzy przypisywali obrzezaniu znaczenie społeczne, jako środkowi podnoszącemu mnożenie się ludności, na co we wszystkich czasach zwracano baczną uwagę. Borheck[12]) sądzi wprost, że niewolnicy, których Abraham otrzymał w podarunku od Faraona, polecili mu obrzezanie, by mógł on jeszcze mieć dzieci i rzeczywiście urodził mu się po obrzezaniu Izak, a po śmierci Sary miał jeszcze sześciu synów z nałożnicą Keturą (Genesis, rozdział 25, w. 1, 2). Powiedziano więc, że płodność jest wydatniejsza po obrzezaniu, lecz doświadczenie poucza, że porody u ludów obrzezanych nie są liczniejsze, niż u nieobrzezanych.

V. Obrzezanie, dziś prawie najważniejszy obrzęd rytualny u żydów, uważane bywa za święcenie i znak przynależności do przymierza kapłanów Izraela. Szczególnie rozwinął potem tę myśl[13]) sławny lekarz i talmudysta Majmonides[14]), nadając obrzezaniu znaczenie religijne. Atoli u dawnych Izraelitów obrzezanie nie zawsze miało ową głęboką myśl religijną i n. p. podczas czterdziestoletniej wędrówki przez pustynię Izraelici wcale się nie obrzezali, aż dopiero przed zajęciem Kanaanu Jozua ten obrzęd odnowił (Jozua, rozdział V, w. 2—8). Możemy stąd wnioskować, jakie stanowisko wobec obrzezania musiał zajmować sam Mojżesz, który przecież w tem czterdziestoleciu był uznanym i najbardziej wpływowym wodzem Izraelitów. Zważywszy bowiem, że Mojżesz przez czterdzieści lat zaniedbywał zupełnie obrzezania, że w piątej księdze Mojżesza, gdzie on powtarza wszystkie najważniejsze rozkazy, niema wzmianki o obrzezaniu, a szczególnie brak tego przepisu w dziesięciorgu przykazań, a dalej ten szczegół, że Mojżesz sam syna swego nie dał obrzezać i dopiero, kiedy on w drodze z Midjanu do Egiptu ciężko zaniemógł, żona jego Cipora, sądząc, że niechęć boska z powodu nieobrzezania syna była przyczyną choroby męża, sama go obrzezała; te więc szczegóły dowodzą dostatecznie, że sam Mojżesz nie przywiązywał do obrzezania tak wielkiego znaczenia i że według jego pojęć można być wyznawcą prawdziwego Boga i bez obrzezania[15]).

Obrzezanie ma być znakiem symbolicznym przymierza i uroczystego przyjęcia do gminy żydowskiej i odpowiada sakramentowi chrztu. Lecz błahość tego porównania wynika odrazu, gdy zapytamy, czem właściwie oznacza się przynależność kobiet do kościoła żydowskiego, które się u chrześcian chrzci, a u żydów nie obrzeza?[16]) I niesłuszna byłaby odpowiedź, że kobiet obrzezać nie można, gdyż widzimy, że niektóre szczepy w Afryce, Ameryce i Australii, a zwłaszcza Arabowie, Egipcyanie, Abisyńczycy i niektórzy Persowie jeszcze do dnia dzisiejszego obrzezają i dziewczęta. Obrzezanie zatem nie ma właściwie tego znaczenia biblijno-religijnego, które mu chcą nadać i przez obrzezanie można się stać nietylko żydem, ale i Arabem lub Turkiem. Flavius Josefus opowiada, że król assyryjski Izates mimo odradzania swego nauczyciela żydowskiego Ananiasza i swej matki Heleny dał się obrzezać z powodu nalegań żydowskiego fanatyka

[8]) Kabałą (Kabbala = podanie) nazywamy księgi, zawierające mistyczną filozofię religijną Żydów średniowiecznych.

[9]) Friedrich: l. c. str. 44.

[10]) Autenrieth: l. c. str. 20.

[11]) Deutsche medicinische Wochenschrift 1905, str. 354.

[12]) Friedreich. l. c. str. 51.

[13]) W More Nebuchim, rozdział 49.

[14]) Mojżesz ben Majmun, czyli Majmonides, także Ramban zwany urodził się 30 marca 1135 roku w Kordowie, umarł 13 grudnia 1204 roku w Kairze jako lekarz przyboczny Saladyna i nauczyciel medycyny. Pozostawił wiele pism medycznych i talmudycznych; zob. „Przegl. lekar.", 1905, str. 82.

[15]) Dr Samuel Holdheim: Ueber die Beschneidung. Schwerin 1844. przytoczone według Friedreich i Lowensteina.

[16]) Dr L. Löwenstein: Die Beschneidung im Lichte der heutigen medicinischen Wissenschaft. Trier 1897, str. 2).

Eleazara. Ananiasz jednak powiedział do Izatesa, że czczenie Boga prawdziwego Izraelitów, polega jedynie na uznawaniu go, a bynajmniej nie na obrzezaniu". Wypada też w tem miejscu powtórzyć, że obrzezania dokonywają narody czczące Boga pod rozmaitemi postaciami i nie przypisują mu wcale znaczenia religijnego. Tyczy się to nietylko, jak wyżej wspomniano, Abisyńczyków, lecz także tubylców Ameryki, Australii, Kafrów na północno-wschodniem wybrzeżu Afryki i niektórych szczepów Negrów, będących jeszcze prawdziwymi bałwochwalcami.

Niektórzy tłómaczyli też obrzezanie jako symbol oczyszczenia moralnego i ograniczenia zmysłowości ludzkiej. Dlatego spotykamy też często w biblii starego i nowego zakonu użytą przenośnię „obrzezania serca i umysłu" i być nieobrzezanego serca znaczyło tyle, co być grzesznym, upartym, zaciętym. Wspomnę tu krótko, że w pierwszych czasach chrześciaństwa tylko obrzezani mogli być ochrzczeni, lecz wkrótce poczęto zaniechiwać obrzezania i chrzest jako obrzęd o wiele łagodniejszy stał się znakiem symbolicznym chrześciaństwa. Ale przez zaniechanie obrzezania odłączono się od przymierza starego i chrzest stał się godłem przyjęcia do przymierza nowego[17]). Chrzest zaś pochodzi również od starego obrzędu palestyńskiego Izraelitów, mocą którego każdy, który z pogaństwa chciał przejść na mozaizm, prócz obrzezania musiał się poddać obrządkowi chrztu przez zanurzanie w wodzie wobec trzech świadków[18]).

VI. Zatem obrzezanie godłem religijnem pierwotnie nie było; natomiast jako widomy znak żydostwa miało ono w starożytności znaczenie narodowe i polityczne. Według danego Abrahamowi rozkazu, nietylko wszyscy synowie Izraela musieli się obrzezać, lecz także wszyscy niewolnicy, tak urodzeni w domu, jak i kupieni, jako też cudzoziemcy, skoro chcieli być przyjęci do zboru żydowskiego i uczestniczyć w uroczystości Paschy (Exodus, rozdział XII, wiersz 48 i 49). Zaś święto Paschy, jako uroczyste obchodzenie uwolnienia i wyjścia z Egiptu i niejako odrodzenia narodu izraelskiego, było najważniejszą uroczystością narodową. Historyk żydowski Flavius Josefus opowiada, że kiedy król żydowski Hyrkanus w r. 129 przed narodzeniem Chr. zdobył kraj Idumejczyków (Edomitów), zażądał od nich, by się obrzezali albo kraj swój opuścili. Idumejczycy dali się obrzezać, pozostali w swym kraju i tworzyli od tego czasu „jeden naród z Izraelitami". Również Tacyt widział w obrzezaniu tylko narodową odznakę żydów. Wogóle musiał się każdy cudzoziemiec obrzezać, skoro chciał zostać poddanym i uzyskać prawa obywatelstwa w państwie żydowskiem i ważne znaczenie polityczne obrzezania wynika jeszcze z tego, że jeśli obrzezani innych narodów chcieli zostać poddanymi w Palestynie, musieli się poddać bodaj zadraśnięciu pozostałego jeszcze napletka. Natomiast nieobrzezani składali ofiary w świątyni Boga izraelskiego.

Dziś również każdy, który chce przejść do żydostwa, musi się poddać obrzezaniu i na cmentarzu żydowskim nie zostanie nikt pochowany, kto nie jest obrzezany. Dlatego i noworodki męzkie, zmarłe przed obrzezaniem, muszą być obrzezane, lecz czyni to zwykle grabarz, kalecząc tylko napletek szkłem lub ostrą trzciną, oczywiście bez jakichkolwiek błogosławieństw. Widzimy więc, że obrzezanie dawniej nie było znakiem religijnym i najważniejsze jego znaczenie w starożytności było raczej jako godło narodowe. Czy jednak dziś naród oświecony potrzebuje zabiegu operacyjnego, bądź co bądź poważnego, jako godła narodowego? Dlatego obrzezanie, powiada Friedreich i z nim wielu innych, nie ma już dziś żadnego znaczenia. „Tylko urodzony z rodziców żydowskich należy do gminy żydowskiej, jak długo nie przeczy wierze w Boga jedynego".

VII. O wiele później zaś zaczęto pojmować obrzezanie jako przepis higieniczny, lecz tłómaczenie to nie wytrzymuje krytyki. Bo skoro obrzezanie ma być środkiem sanitarnym dla zapobiegania chorobom, to dlaczego obrzezani innowiercy musieli być powtórnie obrzezani, skoro przeszli na żydostwo, dlaczego obrzeza się trupa noworodka i dlaczego obrzeza się pozornie w razie wrodzonego braku (*aplasia*) napletka lub nieprawidłowości rozwojowych części płciowych, gdyż według przepisów talmudu należy w tych przypadkach przynajmniej zadrasnąć prącie dla upływu kilku kropli krwi na znak przymierza. Wogóle późniejsi obrońcy obrzezania jako przepisu zdrowotno-higienicznego przypisywali mu szereg korzyści, które jednak później poruszę, mając zamiar w dwu poszczególnych rozdziałach zestawiać korzyści i niebezpieczeństwa obrzezania, by na podstawie tego zestawienia wystąpić z krytyką obrzezania ze stanowiska medyczno-humanitarnego, co jest właściwym celem tej pracy.

(C. d. n.).

[17]) Renan: Apostołowie.

[18]) Friedreich: l. c. str. 37 i 34.

Zapiski lecznicze z kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

II.

5) **Gwakamfol** (*guacampholum*) **przeciw potom.** Przetwór ten, wyrabiany przez fabrykę chemiczną dr. Henninga w Berlinie, jest estrem kwasu kamforowego i gwajakolu. Przez to powiązanie jednoczy on w sobie działanie gwajakolu, korzystne w gruźlicy, z przeciwpotnem działaniem kamfory. Badany klinicznie jeszcze w r. 1900 przez Laskera, a potem Littena, Kaminera, a podawany w dawkach po 0.2 do 1.0 na noc, okazał się dzielnym środkiem przeciwpotnym u chorych gruźliczych, zwłaszcza podany w ilości 0.50; działanie to miało się nierzadko utrzymywać przez kilka tygodni po odstawieniu środka, a objawów ubocznych miał lek ten nie wywoływać. Zwłaszcza Stadelmann wyraził się o nim entuzyastycznie, ogłaszając go za najlepszy wśród podobnie działających środków.

Gwakamfol jest proszkiem białym, bez smaku i zapachu, który nie rozkłada się w żołądku, a rozpada się dopiero w jelicie na oba swoje składniki. Zapisuje się go w proszku w dawce średniej 0·50 na noc; $^{1}/_{2}$ grm. kosztuje 65 hal. Stosowany w naszej klinice przed 2 jeszcze laty i przed rokiem w kilkunastu przypadkach suchot płucnych z potami rozpływnymi, nie zawiódł pokładanych oczekiwań; działał często pewnie i szybko, a w 3 przypadkach wywarł pożądany skutek, którego inne środki przeciwpotne nie wywierały. Żywo stoi nam dotąd w pamięci student medycyny z naciekami w szczytach płuc i obfitymi potami, u którego po wielu bezowocnych próbach z innymi środkami, jeden gwakamfol zdołał sprowadzić skutek doraźny.

Dr. St. Szurek.

6) **Digalen** (*digitoxinum solubile Cloetta*) jest składnikiem liści naparstnicy. Znajduje się w handlu w flaszeczkach po 15 cm³ roztworu digitoksyny w wodzie z 25% dodatkiem gliceryny; 1 flaszeczka kosztuje 4 kor. Jeden ctm. sz. roztworu zawiera 0.3 miligrama *digitoxini solubil. Cloetta*

(a zatem 0.15 grm *fol. digital.*). Dla łatwego dawkowania dodana jest szklana rurka kalibrowana. Digalen posiada własności naparstnicy, a przewyższa ją co do szybkości działania, a czasem i skuteczności, działa bowiem w tych przypadkach, w których napar lub liście naparstnicy już nie działają, lub chorzy ich nie znoszą. Ważną jest również okoliczność, iż digalen daje się zupełnie ściśle dawkować, a można go nawet podskórnie wstrzykiwać.

Dawka pojedyncza wynosi od $^1/_2$ do 1 ctm sz. digalenu, dzienna 2—4 ctm^3. Podskórnie wstrzykuje się 1—2 ctm^3 digalenu, po wstrzyknięciu należy pocierać okolicę wstrzyknięcia i zastosować okład z octanu glinowego. Digalen polecało już wielu autorów, a między innymi pisał o nim Turnheim w tem czasopiśmie. Digalen stosowaliśmy w całym szeregu przypadków przez ostatnie dwa lata (45 przypadków niedomogi i zwyrodnienia mięśnia sercowego), i możemy orzec, iż digalen jest pewnym środkiem sercowym, który bardzo rzadko zawodzi i działa nawet w tych przypadkach, gdzie naparstnica zawiodła (2 przypadki: 1) *pericarditis, myocarditis, oedem. ascites.* 2) *insuff. mitralis, stenosis ostii ven. sin., ins. tricuspidal., insuff. cordis, oedem.*). Digalen działa szybko i już w kilka dni (4—7) sprawia wyrównanie wady serca wśród obfitego wydzielania moczu (2—3 litrów dziennie). W osłabieniach mięśnia sercowego w przebiegu chorób zakaźnych działa również szybko i skutecznie.

Objawów ubocznych nie wywołuje, przypadłości żołądkowych u naszych chorych nie spostrzegaliśmy zwykle, jedynie tylko u 2 chorych wystąpiły nudności i wymioty po 2-tygodniowem zażywaniu digalenu (30 ctm^3). Przy dłuższem podawaniu digalenu widzieliśmy często znaczne zwolnienie tętna, do 40 uderzeń na minutę.

7) **Digitalinum dyalysatum Bürger** stanowi podobny przetwór do znanego od kilku lat *dialysatum digitalis Golaz*, a ma również zastąpić napar naparstnicy. Na podstawie naszego doświadczenia możemy orzec, że działa bardzo niepewnie i nie można go zalecać.

8) **Strophantine Catillon** znajduje się w handlu w pigułkach, zawiera strofantynę, a działanie jej według naszych doświadczeń klinicznych jest również bardzo niepewne. Skuteczności tego leku nie widzieliśmy wcale.

9) **Teocyna** (*theocin, theophyllinum crystalinum*) **jako środek moczopędny.** Jest to dwumetyloksantyna, otrzymana przez Kossela; zalecali ją Minkowski, Schlesinger i inni autorowie. Syntetycznie otrzymana przez Emila Fischera (1 grm. kosztuje 60 fenigów). Teofilina, wyrabiana przez Boehringera, jest tańszą od teocyny, wyrabianej przez Beyera, a jest tym samym przetworem chemicznym. Tworzy igiełki bezbarwne, trudno rozpuszczające się w wodzie zimnej, łatwiej w wodzie gorącej. Przetwór ten stosuje się w małych dawkach po 0.20—0,40, 3—4 razy dziennie. Ponieważ podrażnia układ nerwowy, podają go z dodatkiem hedonalu lub naparu miłka wiosennego. Działa silnie moczopędnie. Na czynność serca nie wpływa, liczba tętna i ciśnienie krwi nie zmieniają się. Aby usunąć niekorzystne działanie uboczne na żołądek, podaje się ją w odpowiednich podwójnych solach.

Zapisuje się: Rp. *Theocini* 0.2—0.4
Dtur tal. dos. N. X
S. 3 r. dz. proszek.

Rp. *Theocini* 0.2
Hedonal 0.5
Dtr tal. dos. N. X
S. 3 r. dz. proszek.

Rp. *Theocin* 0.6(—1.00)
Infus. Adonid. vern. e 5.0:180.0
Syr. simpl. 20.0
Mds. Co godzinę łyżkę.

Stosowaliśmy teocynę i teofilinę w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego z ogólnymi obrzękami (20 przypadków) i w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek z obrzękami (4 przypadki). W przypadkach znacznego osłabienia serca środek ten nie działa moczopędnie, dopiero gdy przedtem wzmocnimy czynność serca zapomocą naparstnicy lub digalenu, rozwija i teocyna działanie moczopędne, a ilość moczu wzrasta często nawet do 4 lub 5 litrów dziennie. Po usunięciu teocyny zmniejsza się ilość moczu nawet przy podawaniu naparstnicy, działanie więc moczopędne trzeba przypisać teocynie. W chorobach nerkowych działania teocyny na zwiększenie ilości moczu nie zdołaliśmy stwierdzić.

Teocyna wywołuje objawy uboczne, jak palenie w żołądku i nudności po zażyciu, często też zdarzało się w naszych przypadkach ogólne rozdrażnienie, drżenie kończyn lub drgawki.

Wogóle stosowanie tego środka wymaga ostrożności.

10) **Maretyna** (*maretinum*) **jako środek przeciwgorączkowy w gruźlicy płuc.** Jest to metolylhydrazid kwasu karbaminowego; kryształki drobne, trudno w wodzie i wyskoku rozpuszczalne; podawana w chorobach gorączkowych w celu obniżenia ciepłoty przez Baryanskyego, Maia, Littena, Pisarskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie i innych. Dawka jednorazowa wynosi 0.25—0.50 grm, dawka dzienna najwyższa wynosi 1.50 grm. Na podstawie naszego doświadczenia u chorych gruźliczych należy zwrócić uwagę, iż przetwór ten wywołuje obniżenie ciepłoty wśród objawów zapadu i rozlewnych potów, szczególnie w przebiegu gruźlicy płuc i że trzeba równocześnie stosować leki pobudzające, aby zapad zwalczyć. Dalej działa niepewnie, bo gdy w jednych przypadkach po 0.25 obniżyła się ciepłota o 3—4 stopni, w innych przypadkach nie było obniżenia ciepłoty po tej samej dawce. Dawek wyższych od 0.25 (*pro dosi*) nie należy zdaniem naszem wcale próbować. Maretyna wywoływała objawy zapadu nietylko u suchotników, lecz także u chorych z zakażeniem ropnem.

11) **Lecytyna** (*lecithinum*), składnik fizyologiczny żółtka jaj, oddawna znany, jednak co do składu chemicznego dopiero w ostatnich czasach dokładnie zbadany. Przy gotowaniu z rozcieńczonymi kwasami rozpada się na cholinę i ester distearylofosforoglicerynowy; lecytyna jest zatem solą chinolową tego połączenia. Preparat ten polecano jako naturalną postać fosforu na podstawie prac teoretycznych lekarzy francuskich, jak również na podstawie faktu, że przy używaniu lecytyny zmniejsza się ilość wydzielanego fosforu. Przetwór ten był stosowany przez rozmaitych lekarzy francuskich, włoskich, a później niemieckich w niedokrwistości, błednicy, gruźlicy, cukrzycy, zołzach i krzywicy. Lecytyna, wyrabiana z żółtek jaja, jest płynem żółtawym lub czerwonawym, w wodzie nierozpuszczalnym, rozpuszcza się w wyskoku i chloroformie. Podawać ją można w pigułkach, wyrabianych przez Clina w Paryżu i przez Riedla w Berlinie, zawierających 0.05 grm lecytyny (2—5 pig. dziennie). Również można stosować podskórnie w roztworze oliwnym po 0.05 grm na dawkę, (fabryki wyrabiają zatopione rurki, zawierające 0.05 grm lecytyny).

W klinice stosowano wewnętrznie lecytynę w postaci pigułek w przebiegu niedokrwistości, gruźlicy i neurastenii. Chorzy znosili przetwór ten dobrze, czasem skarżyli się na gniecenie w okolicy żołądka po użyciu pigułek lecytynowych. Wybitnego wpływu na przebieg choroby i podniesienia odżywienia nie zawsze można było zauważyć tak, że po tym przetworze szczególniejszych skutków nie można się spodziewać. *Dr. J. Latkowski.*

Oceny i sprawozdania.

O powstawaniu gruźlicy płuc wskutek zakażenia jelita.

Calmette et Guérin. **Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire.** *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1905, Nr. 10*)*. — Vallée. **De la genèse des lésions pulmonaires dans la tuberculose.** *(Ibidem)*.

Już w roku 1868 Chauveau wyraził przypuszczenie, że zarówno u człowieka, jako też i u bydła rogatego

przewód pokarmowy stanowi wrota dla zakażenia gruźlicą i że zakażenie tą drogą jest nawet, być może, częstsze, niż zakażenie przez drogi oddechowe. Jak wiadomo, ostatnimi czasy wystąpił Behring z twierdzeniem, że osobniki dorosłe nie zakażają się gruźlicą przez drogi oddechowe, a tylko przez przewód pokarmowy i że gruźlica płuc jest prawie zawsze skutkiem zakażenia przewodu pokarmowego, przebytego w wieku dziecięcym. Sprawdzenie tego twierdzenia zapomocą doświadczeń na zwierzętach stanowi przedmiot badań Calmettea i Guérina oraz Vallée'go.

Calmette i Guérin używali do doświadczeń młodych koźląt, oraz starszych kozłów i kóz, które zakażali prątkiem gruźlicy bydlęcej, prątkiem gruźlicy ludzkiej, prątkiem gruźlicy ptasiej, oraz prątkiem gruźlicy wrzekomej Moellera. Koźlęta zrodzone z matek, których wymiona w ostatnich miesiącach ciąży zakażono powyższymi prątkami, a zatem zwierzęta, które przy ssaniu uległy zakażeniu w sposób naturalny, okazywały wybitne zmiany gruczołów krezkowych; ale tylko u tych koźląt, których matki zakażono prątkiem gruźlicy bydlęcej lub gruźlicy ludzkiej, wytworzyły się w gruczołach gruzełki, a tylko u koźląt, zrodzonych z matek zakażonych prątkiem gruźlicy bydlęcej, gruzełki te uległy zserowaceniu i powstały liczne gruzełki w płucach; zaś u zwierząt, zakażonych przy ssaniu prątkiem gruźlicy ptasiej, powstały zmiany gruźlicze stawów.

W dalszym szeregu doświadczeń zakażano młode koźlęta przez wprowadzenie do żołądka małej ilości zawiesiny powyżej wymienionych prątków zapomocą sondy żołądkowej. Tylko u zwierząt, zakażonych w ten sposób prątkiem gruźlicy bydlęcej, powstawała gruźlica gruczołów krezkowych, po których zserowaceniu tworzyły się gruzełki w płucach, gruczołach śródpiersiowych, oraz okołooskrzelowych. Zakażenie młodych koźląt pozostałymi trzema gatunkami prątków nie sprowadzało ani zmian gruźliczych, ani też odporności na zakażenie gruźlicą bydlęcą.

A zatem w doświadczeniach tych u młodych koźląt gruźlica płuc występowała stale jako zmiana wtórna po zakażeniu przewodu pokarmowego.

Przez nakarmienie prątkami gruźlicy bydlęcej, rozpostartymi na kromkach chleba, i to nawet w wielkiej ilości, bo wynoszącej 20 g. czystej ich hodowli na bulionie glicerynowym, nie można było zakazić zwierząt dorosłych; natomiast zwierzęta takie stale ulegały zakażeniu po wprowadzeniu zapomocą sondy do żołądka tychże prątków w bardzo drobnej zawiesinie. U zwierząt dorosłych po zakażeniu przewodu pokarmowego nie powstawały jednak wybitne zmiany w gruczołach krezkowych; natomiast zmiany gruźlicze w płucach powstawały u nich już w bardzo krótkim czasie po zakażeniu, przyczem gruczoły śródpiersiowe, okołotchawiczne, okołooskrzelowe i pozagardłowe zmian patologicznych nie okazywały.

Ten odmienny przebieg zakażenia, oraz różne zachowanie się gruczołów po zakażeniu gruźlicą przewodu pokarmowego u zwierząt młodych i dorosłych, tłómaczą Calmette i Guérin przez różnicę w budowie ich gruczołów limfatycznych, która sprawia, że u zwierząt młodych prąd limfy w gruczołach jest wolniejszy i że gruczoły dokładniej zatrzymują doprowadzone do nich prątki, jak u zwierząt starszych. To też u zwierząt dorosłych prątki łatwo dostają się do przewodu piersiowego, a stamtąd przez żyłę podobojczykową lewą, serce prawe i tętnicę płucną do naczyń włosowatych płucnych, gdzie zatrzymują się jakby na sączku i dają początek powstawaniu gruzełków. U osobników młodych prątki gruźlicze dostają się również z rozpadłych zserowaciałych gruczołów krezkowych do naczyń włosowatych płuc, nie zatrzymują się jednak w nich tak łatwo, jak u osobników dorosłych, a natomiast zatrzymują się w naczyniach włosowatych narządów, których podścielisko stanowi bardziej zbita tkanka łączna. Stąd pochodzi częste umiejscowienie gruźlicy w wieku młodocianym w stawach, kościach, błonach surowiczych, a głównie w oponach mózgowych. Zarówno u osobników starszych, jako też i młodszych, przy rozpadzie zserowaciałych gruzełków uwalniają się zawarte w nich prątki i sprowadzają nową erupcyę gruzełków w płucach. Takie następowe zakażenie płuc powstaje albo wskutek dostania się prątków do przewodu piersiowego i krwi żylnej z rozpadłego zserowaciałego gruczołu krezkowego, albo też przy rozpadzie zserowaciałych gruzełków w płucach wskutek zakażenia przewodu pokarmowego, jakie powstaje przez połykanie wykrztusiny, zawierającej prątki gruźlicze.

Na podstawie powyżej streszczonych badań, potwierdzają Calmette i Guérin pogląd Behringa, że w przeważnej części przypadków zakażenie gruźlicze płuc powstaje nie wskutek wdychiwania prątków swoistych, ale wskutek ich połykania; natomiast zbijają twierdzenie Behringa, jakoby gruźlica płuc w wieku dorosłym powstawała wskutek zakażenia przewodu pokarmowego w wieku dziecięcym. Wyniki doświadczeń Calmettea i Guérina świadczą bowiem, że, conajmniej u kóz, gruźlica płuc powstaje wskutek zakażenia przewodu pokarmowego u osobników starszych nawet łatwiej, niż u osobników młodych, których gruczoły limfatyczne chronią od zakażenia inne narządy lepiej, niż w wieku późniejszym.

Wobec tego, że u osobników dorosłych przez połykanie wydalanych z wykrztusiną prątków stale ulega zakażeniu przewód pokarmowy, z którego prątki Kocha, łatwo przechodząc przez ścianę jelita, oraz przez gruczoły krezkowe, dostają się do płuc i sprowadzają coraz to nową erupcyę gruzełków, Calmette i Guérin wysnuwają ze swoich doświadczeń następujące wnioski praktyczne:

U chorych, dotkniętych gruźlicą płuc, należy w początkach cierpienia przez częste badanie bakteryologiczne wykrztusiny stwierdzić chwilę, w której prątki zaczynają się w niej ukazywać; należy pouczyć chorych, by nigdy wykrztusiny nie połykali, a zawsze ją wypluwali, oraz polecić im, by przed każdym posiłkiem i, o ile to byłoby możliwem, po każdem wykrztuszaniu dokładnie przepłukali sobie usta wodą przegotowaną lub przesączaną. Zresztą na podstawie wyników powyższych badań nie można nic zmienić w stosowanej obecnie profilaktyce i terapii gruźlicy płuc, badania te wskazują bowiem tylko to, że wszelkie pyły, zawierające prątki gruźlicze, stanowią niebezpieczny materyał zakaźny nie dlatego, że się je wdycha, ale dlatego, że się je połyka.

Za tem, że przewód pokarmowy stanowi wrota dla zakażenia płuc prątkiem gruźliczym, przemawiają również doświadczenia Valléego. Vallée robił doświadczenia na cielętach, które zakażał prątkiem gruźlicy bydlęcej w rozmaity sposób. Po wprowadzeniu tego prątka do tchawicy powstawało ognisko gruźlicze w miejscu nakłucia tchawicy, oraz występowały nieliczne gruzełki na opłucnej płuc, w płucach zaś ani też w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych zmian gruźliczych nie można było wykryć. Po wdmuchiwaniu kilku miligramów jadowitej hodowli prątków gruźliczych do jamy nosowo-gardłowej powstawały zmiany gruźlicze głównie w gruczołach pozagardłowych, niekiedy także w gruczołach szyjnych i tchawicznych, w płucach zaś, w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych zmiany gruźlicze nie powstawały. Brak zmian gruźliczych w ostatnio wymienionych gruczołach jest ważny z tego względu, że u cieląt gruźliczych te właśnie gruczoły niezmiernie często są zajęte, gdy tymczasem gruczoły krezkowe zmian gruźliczych nie okazują. Z powyższych doświadczeń wynika przeto, że po zakażeniu gruźlicą górnych dróg oddechowych zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych niełatwo powstają.

Inaczej rzecz się przedstawia po zakażeniu przewodu pokarmowego. U czterech cieląt, które dwukrotnie ssały krowę, dotkniętą gruźlicą wymienia, powstały wybitne zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych, a u trzech z nich wystąpiły także zmiany gruźlicze w gruczo-

łach krezkowych; zmiany te były tu jednak naogół znacznie słabsze, niż w gruczołach klatki piersiowej. W płucach gruzełków wprawdzie nie było, ale zmiany gruźlicze na przedniej powierzchni przepony świadczyły, że zakażenie szło tu z jamy brzusznej przez naczynia limfatyczne do klatki piersiowej.

Po wprowadzeniu 1.5 mg. hodowli prątka gruźlicy bydlęcej do gałązki żyły krezkowej cielęcia zwierzę padło w 30 dni, a przy sekcyi stwierdzono ostrą gruźlicę wątroby, oraz gruczołów oskrzelowych i śródpiersiowych; po podobnem zakażeniu gruczołu krezkowego innego cielęcia, stwierdzono oprócz wybitnej gruźlicy zakażonego gruczołu zmiany gruźlicze gruczołów oskrzelowych.

Na podstawie powyższych doświadczeń dochodzi Vallée do wniosku, że gruźlica gruczołów oskrzelowych i śródpiersiowych powstaje najpewniej i w najkrótszym czasie po wprowadzeniu swoistego zarazka do przewodu pokarmowego; że prątek gruźliczy może przejść przez ścianę jelita, nie sprowadzając w niej zmian widocznych, że podobnie może on przejść również i przez gruczoły krezkowe, oraz zatrzymać się dopiero w gruczołach oskrzelowych i tutaj zmiany swoiste sprowadzić. Vallée uważa, że i u człowieka gruźlica płuc powstaje często wskutek zakażenia jelita; proponuje on ze względu na ważność sprawy przeprowadzenie odpowiednich doświadczeń na szympansach, które należałoby karmić mlekiem krów gruźliczych, ażeby stwierdzić, czy i u tych zwierząt, tak zbliżonych pod względem zoologicznym do człowieka, powstają wskutek spożywania mleka, zawierającego prątki swoiste, zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych, z których drogą naczyń krwionośnych może nastąpić zakażenie płuc i różnych innych narządów.

Doświadczenia takie mogą istotnie dać wyniki interesujące, pokazuje się bowiem, że po zakażeniu gruźlicą przewodu pokarmowego zakażenie to u różnych gatunków zwierząt w niezupełnie jednakowy sposób dalej się szerzy.

K. Klecki.

Wyciągi.

CHIRURGIA. Försterling. **O pojedynczych podskórnych szczelinach długich kości.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 41, 1905). Urazowe podskórne szczeliny długich kości są cierpieniem bardzo rzadkiem. Dawniej bez pomocy promieni Röntgena nie można było poprostu ich rozpoznać i dlatego brano je za silne stłuczenie, choć uderzało to w oczy, że chorzy n. p. na nodze stanąć nie mogli. Dopiero badania *X*-promieniami pouczyły nas, że spotyka się czasem urazowe szczeliny, biegnące wzdłuż, spiralnie lub skośnie, obejmujące tylko jedną ścianę rury kostnej i nie wywołujące żadnego przesunięcia, ani nadmiernej ruchomości. Cechuje je tylko bardzo silna bolesność kości w miejscu rozszczepu. Rokowanie naturalnie jest dobre, leczenie podobne, jak przy złamaniu. Szczeliny należy nie prześwietlać, lecz fotografować i to w dwóch pozycyach, jak to autora doświadczenie własne pouczyło. Autor spostrzegał dwa podobne przypadki. Pamiętając o tem, odkryjemy może w niejednem stłuczeniu także szczeliny. *Dr. A. Klęsk.*

Haeckel. **Podwiązanie żył nasiennych i podbrzusznych przy ropnicy połogowej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 41, 1905). Chirurgia stosuje już oddawna z dobrym skutkiem podwiązywanie żył, sąsiadujących z ogniskiem ropnem, mogącem każdej chwili rozsiać się po ustroju. Do rzędu tych operacyi, dających bardzo pomyślne wyniki, należy n. p. otwieranie zatok żylnych i podwiązywanie żyły szyjnej przy ropnych sprawach w uchu. Podobny sposób postępowania nadaje się także w przypadkach ropnicy połogowej. Operacyi tej wskazał drogę Trendelenburg, wykonawszy ją z pomyślnym skutkiem po raz pierwszy. Po nim wykonał zabieg ten również z pomyślnym skutkiem Michels, a w najnowszych czasach ogłosił podobne dwa przypadki, również wyleczone, Bumm. Zachęcony tymi wynikami podwiązał też autor w jednym przypadku ropnicy połogowej o charakterze przewlekłym żyły nasienne i podbrzuszne; chora wyzdrowiała. Drugą podobną operacyę, ale ze skutkiem niepomyślnym, wykonał autor w przypadku ostrej ropnicy połogowej. Z powodu anomalii układu naczyń nie był pewny przy operacyi, czy podwiązał żyłę podbrzuszną prawą. Chora miała dreszcze dalej, z tego też powodu 20-go dnia po pierwszej operacyi podwiązał jeszcze żyłę biodrową wspólną. Operacya pozostała bez skutku. Podwiązanie nie wpłynęło zupełnie na krążenie. Wyniki dotychczasowe, szczególnie w przypadkach przewlekłej ropnicy połogowej, zachęcają bardzo do tego zabiegu. *Dr. A. Klęsk.*

Simon. **Śródbrzuszne skręcenie sieci.** (*Münchener med. Wochs.* 1905, Nr. 41). W ostatnich czasach zwrócono uwagę na wydarzające się niekiedy skręcenie śródbrzuszne sieci. Wogóle opisanych dotąd w literaturze jest 29 podobnych przypadków. Skręcenia poza jamą brzuszną, n. p. w workach przepuklinowych, są naturalnie zdarzeniem bardzo częstem. Statystykę tę powiększa jeszcze autor o 2 swoje przypadki. Jeden z nich jest o tyle zajmujący, że powodu skręcenia absolutnie wykazać nie było można. Badanie jamy brzusznej wykazywało guz, zajmujący prawą dolną część brzucha tak, że rozpoznano przed operacyą zapalenie wyrostka robaczkowego. Operacya wykazała dwukrotne skręcenie sieci w sensie ruchu zegara. W drugim przypadku sieć skręconą była śródbrzusznie, istniała jednak przytem stara przepuklina. Payr studyował przyczyny skręcania się narządów jamy brzusznej, umieszczonych na szypułach i obwinia o to głównie żyły, które mają przebieg kręty i są znacznie dłuższe od tętnic. Przy silniejszem napełnieniu dążą do wyprostowania, a nie mogąc tego uczynić, skręcają szypułę. *A. Klęsk.*

Gebele. **Leczenie złamań kości.** (*Münch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 39). Dopiero promienie Röntgena pouczyły chirurgów, jak często kości złamane zrastają się źle w opatrunkach gipsowych, zakładanych na czas dłuższy. Jeżeli dodamy do tego inne wady tych opatrunków, jak wywoływanie zaniku mięśni, zesztywnienia stawów i złą w następstwie czynność kończyny, musimy dojść do przekonania, że korzyści z nich nie mamy żadnej, a szkody nader wiele. Fakta te sprawiły, że zaczęto złamania leczyć wprost przeciwnie, t. j. wczesnem mięsieniem i wykonywaniem ruchów bez ustalania kości. Jordan postąpił pośrednio, bo zakłada opatrunek ustalający do zdejmowania (do mięsienia). Kończynę poddaje mięsieniu zaraz po złamaniu, przeskakując z początku bardzo bolesne miejsce złamania. Wielkim postępem w leczeniu złamań kończyny dolnej są opatrunki ustalające do chodzenia. Zapobiegają one zanikowi mięśni i stawiają chorego zaraz na nogi. Gebele opiera się na materyale 2000 złamań kości, leczonych od r. 1900 do 1 czerwca 1905 w klinice chirurgicznej monachijskiej. Postępują tam w następujący sposób: przy złamaniach typowych kości promieniowej zakłada się szynę Schedego na 6—8 dni. Potem mięsienie podług Jordana 4 dni łącznie z kąpielami; potem ruchy czynne, w końcu mięsienie miejsca złamania i ruchy bierne. Czas leczenia i gojenia się trwa 3 tygodnie. Podobnie postępuje się przy złamaniach kości sprychowej lub promieniowej (wyżej), dalej przy złamaniach dolnej i górnej nasady kości ramieniowej, z tą różnicą, że opatrunek ustalający leży 14 dni. W złamaniach obu kości przedramienia lub złamaniach kości ramieniowej pierwszy opatrunek pozostawia się 3 tygodnie, zresztą leczenie jak wyżej. Wyjątkowo (w razie wielkiej skłonności do przesuwania się) stosuje się w złamaniach kości ramieniowej wyciąganie. Złamanie łokcia leczy się w szynie (w położeniu prawie wyprostowanem w stawie łokciowym) z ustaleniem odłamków plastrami przez 14 dni, potem mięsienie. Złamanie podudzia leczy się przez pierwszy tydzień ewentualnie mięsieniem, potem zakłada się opatrunek gipsowy do chodzenia wprost na ciało. Przy złamaniach kostek opatrunek taki zostaje 2—3 tygodni, przy złamaniach podudzia 3—4 tygodni (ewentualne kilkakrotne zmiany wśród tego). Leczenie złamań uda i jego szyjki odbywa się głównie z pomocą wyciągania (obciążenie 25 kilo) przez 3 tygodnie, potem szyna Thomasa. Złamanie rzepki leczy się zachowawczo; jedynie w razie wytworzenia się stawu rzekomego lub w braku połączenia szew następowy. Złamanie, powikłane ranami, leczy się w opatrunkach ustalających z oknami. Wyniki wszystkie bardzo pomyślne. *Klęsk.*

Joseph. **Działanie naturalnego a wywołanego sztucznie obrzęku.** (*Münch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 40). Pomimo, że obrzęk należy do czterech kardynalnych objawów zapalenia, mało dotąd zwracano na niego uwagę. A jednak obrzęk ten jest bardzo ważnym czynnikiem leczniczym przyrody. Badania wykazały, że mimo istnienia w okolicy i w ognisku zapalnem drobnoustrojów, w obrzęku nie spotykamy ich nigdy, jest on zawsze jałowym. Obrzęk, powstający po ukąszeniu węża, występuje bardzo szybko i celem jego nie jest chyba nic innego, jak rozcieńczenie jadu. Bakterye wytwarzają też podobne jady, wywołujące obrzęk. Jady te rozpuszczają się w obrzęku i nie rozchodzą się po ustroju. W roztworach własnego jadu drobnoustrój żyć nie może i dlatego obrzęki są jałowe. Autor wywoływał sztuczny obrzęk podług Biera na kończynach królików i następnie w miejsca te wstrzykiwał strychninę w śmiertelnej dawce. Z 7 zwierząt 6 pozostało przy życiu, użyte zaś do kontroli wszystkie zginęły. Wywoływanie sztucznego obrzęku i przesięku do

rany powoduje jak gdyby naturalne tejże płukanie, przez co tamponada ran ropnych staje się zbyteczną, zwłaszcza, że tampon często nie spełnia swego zadania, a zasychając, uszkadza nieraz tkanki, szczególnie np. ścięgna i ich pochewki. Duży obrzęk, zbierający się w tkance, nieraz w ilości kilku litrów, rozcieńcza więc jad i wiąże go na miejscu, utrudniając przez to nagłe dostanie się jego do reszty ustroju. *Klęsk.*

PEDYATRYA. Hamburger i Sluka. **Przyczynek do znajomości gruźlicy w wieku dziecięcym.** (Według sekcyi wykonanych przez prof. Ghona). (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, paźdz. 1905). Częstość gruźlicy w materyale sekcyjnym szpitala św. Anny w Wiedniu wynosiła 40 prc., t. j. 160 razy na 401 przypadków stwierdzono obecność zmian gruźliczych. U dzieci, zmarłych na ostre choroby, lub skutkiem obrażeń, częstość gruźlicy wynosiła 21 prc. Przypadków, w których gruźlica była przyczyną śmierci, było 110; na pierwszy plan wysuwa się tutaj zapalenie gruźlicze opon (67 przyp.) i gruźlica prosówkowa ostra (13 przyp.); resztę (30 przyp.) stanowią gruźlica uogólniona przewlekła i gruźlica płuc. Przypadków, w których gruźlica nie była przyczyną śmierci, z ogniskami gruźliczemi czynnemi, było 40, z nieczynnemi 10. W pierwszych miesiącach życia gruźlica jest rzadką, ale nawet w pierwszym kwartale się zdarza (6 prc. sekcyi); chodzi tu zawsze o gruźlicę, prowadzącą do śmierci i nie okazującą nigdy skłonności do wyleczenia (zwapnienia). Z wiekiem częstość gruźlicy wzrasta, począwszy od 3-go roku wynosi 40 prc. sekcyi, jednak częstość gruźlicy jako przyczyny śmierci opada, śmiertelność przy zapadnięciu na gruźlicę zmniejsza się. Zajęcie gruczołów oskrzelowych stwierdzono w 157 przypadkach (98 prc.), krezkowych w 36 prc., szyjnych w 30 prc. Autor jednak tylko z pewną rezerwą wyzyskuje te liczby dla wystąpienia przeciw twierdzeniu, że zakażonie gruźlicą odbywa się drogą przewodu pokarmowego. *Lewkowicz.*

Pirquet. **Nowe spostrzeżenia tyczące się zaburzeń posurowiczych.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, paźdz. 1905). Chodzi o przypadłości występujące po wstrzyknięciu surowicy różnogatunkowej, przedewszystkiem końskiej. Do znanych oddawna objawów: gorączki, różnego rodzaju wysypek skórnych, bolów stawowych i mięśniowych, dodaje autor nowe: obrzęki gruczołów chłonnych na tułowiu, głównie w blizkości miejsca wstrzyknięcia surowicy, obrzęki ogólne, dające się głównie wykazać wagą, białkomocz (do $^1/_4$‰ białka), leukopenia, odnosząca się głównie do ciałek wielojądrzastych i mogąca dosięgnąć wysokich stopni obecność precypityny swoistej we krwi. Przypadłości posurowicze odnosi autor do zetknięcia się surowicy końskiej ze swoistymi niwecznikami przeciwkońskimi, jednak nie ze swoistą precypityną. Zetknięcie się tych dwóch odczynników może nastąpić w różnym czasie. Po pierwszem wstrzyknięciu surowicy końskiej (n. p. celem leczenia błonicy) zetknięcie następuje dopiero wtedy, gdy niweczniki się samoistnie wytworzą, t. j. w 8—12 dni po wstrzyknięciu. Jeżeli wstrzykujemy powtórnie w 2—12 tygodni po pierwszem wstrzyknięciu, t. j. w czasie, w którym niweczniki, wytworzone skutkiem pierwszego wstrzyknięcia, krążą we krwi, otrzymujemy odczyn natychmiastowy. Możemy przytem wtedy przy wstrzyknięciu podskórnem dostać silny i rozległy obrzęk miejscowy, robiący wrażenie ropowicy, zaś przy wstrzyknięciu śródżylnem, jak to było w jednym przypadku autora skutkiem przypadkowego wprowadzenia igiełki do żyły, objawy zapadu, a nawet, o ile można wnosić z doświadczeń na królikach (Arthus), zejście śmiertelne. Tłómaczyłoby się to nagłem wytworzeniem się istot trujących przez szybkie wymięszanie obu wspomnianych odczynników. Jeżeli wstrzykujemy powtórnie w dłuższy czas po pierwszem wstrzyknięciu, kiedy niweczników we krwi już niema, to skutkiem tego, że ustrój już te swoiste niweczniki wytwarzał, wytworzenie następuje szybciej, niż za pierwszym razem i odczyn jest przyspieszony, t. j. występuje po 4—6 dniach. Autor przestrzega przed stosowaniem śródżylnem surowicy tam, gdzie istnieje podejrzenie, że osobnikowi wstrzykiwano surowicę poprzednio przed niedawnym czasem. *Lewkowicz.*

Jehle. **Nowe przyczynki do bakteryologii i epidemiologii czerwonki w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderh.* tom 62, paźdz. 1905). Do przypadków dawniej opisanych dodaje autor 9 nowych, wywołanych odmianą Flexnerowską zarazka czerwonkowego. Odznaczały się one w przeciwieństwie do poprzednich znaczną śmiertelnością, która nawet w jednej endemii, złożonej z trzech przypadków, dosięgła 100 prc. Przypadki Flexnerowskie odznaczałyby się wielką zaraźliwością. Przypadki odosobnione miałyby powstawać często po spożyciu zakażonych potraw. Przy innych schorzeniach kiszkowych, niestrawnościach, biegunkach letnich, cholerze dziecięcej autor nie stwierdzał nigdy ani zarazka czerwonkowego, ani swoistego odczynu surowiczego. *Lewkowicz.*

Hamburger i Sperk. **Badania nad trawieniem żołądkowem u noworodków przy piersi.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, paźdz., 1905). Autorowie potwierdzają znane już szczegóły, że kwas solny wolny nigdy nie zjawia się przed końcem pierwszej godziny po nakarmieniu, że kwasu mlecznego nigdy się nie stwierdza w warunkach prawidłowych. Szczególną uwagę i po raz pierwszy zwrócili autorowie na t. zw. „deficyt“ kwasu solnego, t. j. tę ilość kwasu solnego, którą musimy dodać do treści żołądkowej, aby otrzymać oddziaływanie kwasu solnego wolnego (floroglucyn waniliną, tropeoliną 00, albo papierkami kongo); 100 cm.³ mleka kobiecego wiąże mniejwięcej 60 cm.³ $\frac{n}{10}$ HCl (decinormalnego kwasu solnego). Jeżeli w treści znajdziemy kwasotę ogólną (oddziaływanie na fenolftaleinę), którą odnosimy głównie do związanego kwasu solnego, 30, deficyt, w przypuszczeniu, że treść nie uległa rozcieńczeniu, ani zagęszczeniu, musiałby wynosić także 30. Tymczasem oznaczenie wykazuje, że jest on z reguły wyższy. Autorowie nie są w stanie wytłómaczyć tego zjawiska w sposób wystarczający. *Lewkowicz.*

Dr. Bleibtreu. **Dwa rzadkie spostrzeżenia wśród płonicy.** (*Munchener med. Wochenschrift* Nr. 37, 1905). Pierwszy dotyczy nawrotu płonicy przy końcu 6 tygodnia. Autor podaje historyę choroby siedmioletniej dziewczyny, która przechodziła płonicę zupełnie typową, tylko o przebiegu lekkim. Choroba wystąpiła 14 listopada; 19-go rozpoczęło się łuszczenie i chora pozostawała w szpitalu do 21 grudnia jako zdrowiejąca. Właśnie 22 grudnia, kiedy miała opuszczać szpital jako zupełnie zdrowa, wystąpiła gorączka, tętno 146, nadto pojawiły się wymioty i rozwolnienie, a następnego dnia z wystąpieniem ogólnej wysypki i zmian w gardle, stwierdził autor nawrót choroby. Nawrót ten różnił się tylko tem od pierwotnej choroby, że był daleko silniejszy i dłużej trwał. W stosunku do nawrotów duru, płonica rzadko występuje po raz drugi. Nawroty takie pojawiają się czasem w 2-gim, 3-cim, lub 4-tym tygodniu choroby. Przypadek ten jest więc bardzo ciekawy już sam przez się, jako nawrót choroby i to przy końcu 6-go tygodnia. Drugi przypadek dotyczy blizn pasmowych po płonicy. Za jedną z cech przebytego duru, i to ciężkiego, uważano blizny około stawu kolanowego, podobne do blizn poporodowych. Jednakże, jak się okazuje według spostrzeżeń autora, podobne blizny mogą występować i po, a względnie wśród przebiegu płonicy. Takie blizny widział autor u jednej chorej na płonicę i to nietylko około obu stawów kolanowych, ale i na obu pośladkach. Blizny te były symetryczne i jeszcze wydatniejsze i liczniejsze, niż obok stawów kolanowych. Zaznaczyć przytem należy, że przebieg płonicy w tym przypadku był bardzo lekki, więc blizn tych nie można odnosić ani do zatrucia ustroju silnymi jadami, ani do zmian w zakresie nerwów odżywczych, bo skóra w ich obrębie zmian nie przedstawiała ani pod względem czucia, ani odruchów. Różni autorowie podają różne teorye powstawania takich blizn: jedni tłómaczą je zmianami w nerwach odżywczych, drudzy niestosunkiem rozwoju kośćca a skóry; inni zaś na drodze czysto mechanicznej przez rozciągnienie i t. d. W tym jednak przypadku żadną teoryą nie można sobie wytłómaczyć powstania tych blizn, tembardziej, że jest to przypadek pierwszy w przebiegu płonicy. *Dr. A. Kozaczka.*

OKULISTYKA. Rohmer. **O powikłaniach ocznych w następstwie wstrzykiwań parafinowych dla utworzenia nadstawki nosowej.** (*Annal. d'oculist.* Wrzesień, 1905). U kobiety 42-letniej z nosem zapadłym wskutek przebytej kiły wykonano pięć wstrzyknięć parafiny w odstępach czasu 2 do 3-tygodniowych. Przy ostatniem wstrzyknięciu wystąpiła nagle utrata wzroku oka lewego. Badanie wziernikowe, dokonane w dzień po wypadku, miało stwierdzić istnienie zatoru tętnicy środkowej siatkówki. Po upływie roku miał R. sposobność badać chorą, u której wystąpiły ponadto guzy i obrzęki parafinowe po obu stronach nosa, rozprzestrzeniające się w okolicy powieki dolnej i policzka. Po przytoczeniu tego przypadku omawia autor częstość powikłań ocznych przy wstrzykiwaniach parafiny w okolicy nosa w porównaniu z wstrzykiwaniami w którejkolwiek innej okolicy ciała, gdzie niebezpieczeństwo, zagrażające oku, znacznie jest mniejsze i zastanawia się nad właściwą naturą powikłań. Obrazy chorobowych zmian w oku w ogłoszonych dotychczas przypadkach przeważnie nie są dokładnie opisane; przypadki zatoru tętnicy środkowej siatkówki wydają się autorowi mniej prawdopodobne, gdyż trzebaby tu przyjąć istnienie przewodu Botala, umożliwiającego cząsteczkom parafiny przejście z krążenia żylnego do tętniczego. Powstanie zaś zakrzepu żyły środkowej siatkówki może nam prędzej wytłómaczyć anatomia topograficzna okolicy nosowo-oczodołowej. Podczas gdy tętnice w tej okolicy są zbyt cienkie, by mogły przepuścić igłę strzykawki, światło żył dosięga średnicy 2—3 mm. tak, że cząsteczka mieszanki para-

finowo-waselinowej łatwo może się dostać do żylnego prądu krwi i spowodować zakrzep w żyle ocznej, a następnie w żyle środkowej siatkówki. W końcu podaje autor wskazówki, według których postępować należy, by zapobiedz przykrym powikłaniom, które zawsze sprowadzają zupełną utratę wzroku. Autor jest zwolennikiem parafiny o niższym stopniu topliwości, nie przekraczającym 41—42°, gdyż ta po wstrzyknięciu natychmiast się ścina i tworzy zbity wał na miejscu wstrzyknięcia. Wstrzykiwania parafiny o wyższym stopniu topliwości (do 60°) sprowadzać mogą oparzenia i obumarcia skóry, a ponadto nie można parafinie twardej nadać już po wstrzyknięciu odpowiedniego kształtu. Wstrzykiwać należy ilości małe pod słabem ciśnieniem i uciskać równocześnie kąt wewnętrzny powiek w miejscu, gdzie żyła twarzowa wchodzi do oczodołu, by zapobiedz powstaniu zakrzepu żylnego. Nadawanie kształtu ręcznem modelowaniem jest według R. odpowiedniejsze, aniżeli sporządzanie odlewu z części, przeznaczonych do wypełnienia parafiną i zastosowanie go przy wstrzykiwaniu. *Dr. W. Reis.*

Uhthoff w „Berl. klin. Wochs.“ Nr. 47, 1905 zaleca przeciwnie wstrzykiwania parafiny o wyższym stopniu topliwości, przytaczając przypadek, w którym z powodu przypadkowego zbytniego rozgrzania się ciała stopiła się nadstawka parafinowa nosa i wystąpiły rozległe guzy parafinowe w powiekach i najbliższem ich sąsiedztwie. (*Przypisek sprawozd.*).

E. Landolt. **Niedomoga mięśni prostych wewnętrznych.** (*Archives d'Ophtalmologie.* Nr. 7, 1905). Nie po raz pierwszy występuje autor przeciwko tenotomii, wykonywanej w celu usunięcia niedomogi mięśni ocznych. Wykazuje on, że operacya ta nietylko nie usuwa niedomogi antagonisty, ale stwarza w dodatku nowe zaburzenie, t. j. niedomogę mięśnia, na którym tenotomię wykonano. Przytacza on przypadek, gdzie z powodu osłabienia zbieżności (konwergencyi) została wykonana tenotomia mięśnia prostego zewnętrznego. Skutek był taki, że konwergencya nic nie zyskała na sile, a w zamian powstał zez zbieżny przy patrzeniu w dal. Wszystko naprawiła antepozycya jednego z mięśni prostych wewnętrznych, nietylko bowiem doprowadziła stopień zbieżności do stanu prawidłowego, ale usunęła zarazem niedomogę mięśnia prostego zewnętrznego, osłabionego przez tenotomię. Autor przypomina swoją teoryę o oddziaływaniu tenotomii i antepozycyi na działalność gałki ocznej. Tenotomia któregokolwiek z mięśni prostych sprawia, że oko wysuwa się nieco z lejka mięśniowego. Skutkiem tego nietylko mięsień przecięty, ale wszystkie inne mięśnie proste tracą na sile działania, zmniejsza się bowiem długość łuku, na której mięśnie te ścięgnami swemi obwijają się o obwód gałki ocznej. Wprost przeciwnie działa antepozycya. Sprawia ona, że oko wciska się głębiej w lejek mięśniowy, a skutkiem tego jest, że nietylko mięsień ku przodowi przeszyty, ale zarazem wszystkie inne mięśnie proste zykują na sile działania. *K. W. Majewski.*

Dupuy-Dutemps. **O swoistej postaci zaniku tęczówki i jego stosunku do zaburzeń ruchowych źrenicy w przebiegu wiądu rdzenia i ogólnego porażenia postępującego.** (*Annal. d'oculist.* Wrzesień, 1905). Oglądając prawidłową tęczówkę pod szkłem powiększającem, zauważyć można w utkaniu jej liczne wypukłości i fałdy, które znajdują się przy brzegu wewnętrznym tęczówki i pochodzą od skurczu zwieracza, lub też na obwodzie pierścienia tęczówkowego, zależne od skurczu rozwieracza. Wśród tych rozmaitych wypukłości powstają znane dołki (krypty) o rozmaitej postaci. Cienie, rzucone przez owe wypukłości i gra światła w zagłębieniach wraz z ruchami tęczówki, nadają jej właściwy blask. Zaburzenia, spostrzegane przez autora, dotyczą głównie owej budowy anatomicznej tęczówki, przy równoczesnem istnieniu objawu Argyll-Robertsona. Gdy tęczówka znajduje się w okresie zaniku, wypukłości i krypt nie można rozpoznać; przez wygładzoną powierzchnię tęczówki przebiegają tylko cienkie i niewyraźne paski. Tęczówka traci swój blask, staje się zupełnie matową. Zmiany te zajmować mogą pojedyncze odcinki tęczówki i stopniowo dopiero rozprzestrzeniać się na całą tęczówkę. Część obwodowa i brzeg źreniczny tęczówki są w równej mierze chorobowo zmienione. Część brzegu źrenicznego, przynależna do warstwy zanikłej tęczówki, posiada zawsze większą krzywiznę; gdy dwa przeciwległe odcinki są zanikłe, wówczas posiada źrenica kształt owalny, którego oś większa znajduje się w linii obu zanikłych odcinków. Zmiany ruchowe źrenicy w przebiegu wiądu rdzenia i porażenia postępowego występują według autora w następującym porządku: zniesienie odruchu świetlnego, akomodacyjnego i odruchu powiekowego źrenicy, polegającego według Galassa na zwężeniu źrenicy podczas zamykania powiek. Zanik tęczówki spostrzegać się daje zawsze już po zupełnem zniesieniu odruchu świetlnego tak, że stwierdzenie zaniku tęczówki przy badaniu anatomicznem może *a priori* potwierdzić brak odruchu świetlnego. Odruch akomodacyjny przy zaniku tęczówki może być jeszcze utrzymany, lecz w każdym razie jest znacznie osłabiony, podczas gdy zniesienie odruchu powiekowego stwierdzić dopiero można przy najwyższym stopniu zaniku tęczówki. Zanik tęczówki postępuje powoli, w przeciągu lat kilku i jest on zupełnie niezależny od porażeń jądrowych nerwu okoruchowego. Przy rozpoznaniu etyologicznem porażeń tęczówki nabiera ten czynnik różniczkowy wielkiej wartości, szczególnie ze względu na rokowanie i na medycynę sądową. Stwierdzenie bowiem zaniku utkania tęczówkowego zwrócić może uwagę na główną przyczynę cierpienia (wiąd rdzenia lub porażenie postępujące). Również potwierdza autor niezależność zaniku tęczówkowego od zmian w nerwie współczulnym. Badanie histologiczne mógł D. wykonać tylko w jednym przypadku: tęczówka przedstawiała obraz zwykłego zaniku, obejmującego wszystkie warstwy tęczówki, bez śladów przebytego zapalenia. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych i doświadczeń przypuszcza autor, że przyczyny zaniku tęczówki szukać należy w zmianach chorobowych neuronu obwodowego (*n. ciliares*), które oprócz zaburzeń ruchowych mogą sprowadzać zaburzenia odżywcze. Możnaby w tym przypadku znaleźć analogię z innemi chorobami nerwowemi. Podczas gdy porażenie tęczówki porównaćby można z porażeniem jednej kończyny bez zaniku mięśniowego wskutek zmian w korze mózgowej, to zanik tęczówki odpowiadałby porażeniu kończyny wskutek zapalenia nerwu obwodowego lub rogów przednich, którym zawsze towarzyszy zanik kończyny. Podobny zanik tęczówki, rozlany lub ograniczony, spostrzegać można czasami w przewlekłej jaskrze, gdzie również mają być schorzałe nerwy rzęskowe. *Dr. W. Reis.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Działanie **maretyny** w gośćcu stawowym badał na klinice Neussera w Wiedniu Kirković (*Wr. klin. Wochens.*, 1905, 37), dochodząc do następujących wniosków: 1) W ostrym gośćcu obniża maretyna wybitnie gorączkę, usuwa obrzmienia i bole, nie wywołując uciążliwych potów (częstych po salicylanach). W podostrym gośćcu jest maretyna skuteczniejszą od przetworów salicylowych. 2) W niektórych nerwobólach działała maretyna tak dobrze, jak żaden inny lek, co zachęca do dalszych prób w tym kierunku. 3) Najstosowniejszą dawką jest 0,25 2—3 razy dnia. 4) Ubocznych skutków podmiotowych nie wywiera maretyna nawet w ilości 1,0 na dawkę, 2,5 na dzień. U trzech chorych pojawiło się lekkie żółtaczkowe zabarwienie spojówek i skóry, które znikło po 10 dniach. Spostrzeżenie to nakazuje przy podawaniu maretyny starannie badać mocz, by można wcześnie przerwać leczenie, gdyby zagrażało żółtaczką. *B.*

Helmitolu używał z powodzeniem Franceschini (*Gaz. d. osped.*, 1905, 64) do leczenia ostrego i przewlekłego wiewióra cewki moczowej, podając do 4 g. dziennie. W ostrym wiewiórze nadaje się ten lek w tych przypadkach, w których gwałtowne objawy nie pozwalają jeszcze zacząć leczenia miejscowego. Najwięcej zachwala F. działanie helmitolu w wiewiórze tylnej części cewki, oraz w zwykłych nieżytach pęcherza, będących najwłaściwszem polem dla tego leku. *B.*

Somatozę przekłada nad inne podobne przetwory Federici (*Stomaco*, 1905, 1), zwłaszcza w praktyce dziecięcej, utrzymując, że nawet w toku chorób przewodu pokarmowego lek ten działa dobrze, i że jedna n. p. 10-miesięczna dziewczyna, chora na dyzenteryę, znosiła somatozę lepiej niż mleko. F. potwierdza też zdanie, że u karmiących przysparza somatoza pokarmu. *B.*

Isopral u obłąkanych podawali Tambroni i Maggiotto (*Giorn. di psich. clin.*, 1904, 3 i 4). Lek ten działał u chorych takich nasennie w dawce 0,75—1,0; w cięższych podnieceniach wypadło jednak nieraz podać aż do 2,5. Kołaczyki miały działać lepiej, niż roztwór. Ustrój przyzwyczaja się do isopralu tak samo, jak do innych leków nasennych. W chorobach serca i naczyń jest isopral przeciwwskazany; na zdrowe serce nie działa jednak szkodliwie. Korzystnie wyrażają się też o isopralu Frey (*Arch. intern. de pharm.*, 1905, str 445) na podstawie porównania z innymi lekami nasennymi, oraz Wassermeyer (*Berl. klin. Wochs.*, 1905, 37). *B.*

Ferratozę arsenową, przetwór, wyrabiany przez firmę Boehringer i S. w Mannheim, podawał Bardach (*Therap. Monatsber.* 1905, 8) w 20 przypadkach; za wskazania dla tego leku uważał B. wszystkie sprawy, rozwijające się na tle zołzów, różne postacie niedokrwistości, wycieńczenie po ciężkich chorobach i różne choroby skórne. Chorzy zażywali chętnie przetwór, odznaczający się dobrym smakiem i dobrze go znosili. Skuteczności leku dowodził

szybki wzrost wagi i poprawa stanu ogólnego. Działającym składnikiem ferratozy arsenowej jest arsenferratyna, w której 94·5 prc. arsenu znajduje się w związku organicznym. Dzienna dawka ferratozy arsenowej, 3 łyżki (50 gr.), zawiera 2·5 ferratyny i 0·0015 arsenu. Dawkę dzienną można bez obawy podwoić. Lek ten podaje się kwadrans po jedzeniu, unikając w dyecie potraw ostrych i surowych jarzyn i owoców. *Zt.*

Fersan podawał Docent Eichwald (*Russk. Sowremenn. Terapia* 1904, 7 i 8) w szeregu przypadków błednicy, neurastenii, gruźlicy, prostej niestrawności i niedokwaśności soku żołądkowego przez 6—8 tygodni po 2 łyżeczki dziennie w mleku lub wodzie mineralnej. Przy tem wzrastała wybitnie liczba ciałek czerwonych i ilość hemoglobiny, a lek nawet u osobników wrażliwych łatwo się wchłaniał i działał podniecająco na łaknienie. Jako wygodną postać leku, zwłaszcza dla dzieci, poleca E. kołaczyki fersanowe, w południe i wieczorem przed jedzeniem po 3. E. sądzi, że fersan, związek acidalbuminów z żelazem, zasługuje wśród podobnych przetworów na wyróżnienie. *Mf.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

XV. Kongres międzynarodowy w Lizbonie
(od 19—26 kwietnia 1906.

Czas już niezbyt odległy dzieli nas od Kongresu, który budzić powinien w każdym lekarzu zajęcie naukowe i towarzyskie. Dotychczas udział Polaków wedle tego, co zgłoszono Komitetowi narodowemu, nie przedstawia się obiecująco. Dlatego Komitet ponownie zwraca się do Szanownych Kolegów z prośbą, by co prędzej zgłaszali prace naukowe na ręce sekretarza Komitetu p. doc. dra Majewskiego, Kraków, ul. Szczepańska 11, a celem uzyskania kart uczestnictwa przesłali skarbnikowi drowi Wilhelmowi Słapie, Kraków, ul. Kolejowa 4, zgłoszenia z przesyłką pieniężną. Karty uczestnictwa kosztują 25 franków = 25 koron = 25 marek = 10 rubli, do czego dodać trzeba dla pokrycia kosztów przesyłki i administracyi jedną koronę.

W sprawie udogodnień podróży przypominamy raz jeszcze to, co było przedmiotem naszych poprzednich ogłoszeń, jak i to, co jest wynikiem naszych najnowszych zabiegów w tym kierunku podjętych. A mianowicie:

1) Firma Cook and Son w Londynie organizuje podróż dla członków Kongresu parowcem. Krzyżowiec pierwszej klasy kursować będzie — jak Komitet centralny donosi — pomiędzy Londynem a Lizboną, gdzie się zatrzyma w czasie trwania Kongresu i służyć będzie uczestnikom za hotel. Parowiec opuści Londyn we czwartek 12 kwietnia 1906, zatrzyma się w Hawrze dla zabrania pasażerów francuskich, a dalej wyruszy do Coruna, gdzie zatrzyma się na czas jakiś dla umożliwienia członkom zwiedzania ważniejszych miejscowości, podobnie wysadzi pasażerów na ląd we Vigo i Oporto, a do Lizbony przybędzie popołudniu we środę dnia 18 kwietnia, gdzie zatrzyma się aż do 26 kwietnia, by już prosto powrócić przez Havre do Londynu.

2) Linia Hamburg-Ameryka zamierza dla wygody kongresistów urządzić podróż jednym z większych pocztowych parostatków „Oceania“ mogącym pomieścić 300 pasażerów. Kongresiści będą mieli sposobność w podróży na tym statku nietylko poznać zajmujące wyspy Maderę i Teneryfę, a zwiedzić także Tanger i Gibraltar, a w Lizbonie, gdzie niewątpliwie będzie wielki brak pomieszkań, używać statku za hotel. Szczegóły co do podróży parowcem „Oceania« są następujące: Wyjazd z Hamburga 7/IV 9 g. rano, z Cuxhaven 7/IV 2 g. pop., z Duver 8/IV. Funchal 12/IV rano, odjazd stamtąd 13/IV wieczorem. Przybycie do St. Cruz (Teneriffe) 14/IV, pobyt 28 godzin. Przybycie do Tangeru 17/IV, pobyt 5 godzin. Przybycie do Gibraltaru 17/IV wieczorem, pobyt 20 g. Przybycie do Lizbony 19/IV. Odjazd z Lizbony 26/IV. Odjazd z Duwru 29/IV pop. 1 g. Powrót do Hamburga 30/IV.

Cena włącznie z zupełnem pożywieniem, także w czasie Kongresu w Lizbonie, ale z wyłączeniem napojów, wynosić będzie 700 do 2100 marek, zależnie od położenia kabiny zajętej. Prospekt szczegółowy wyjdzie dopiero w połowie stycznia 1906, a interesowani zechcą się zglosić wprost do Hamburga pod adresem: Hamburg-Amerika-Linie. Abteilung für Vergnügungsreisen.

3) Komitet polski znosił się dalej z firmą Cook and Son we Wiedniu, która skłonną jest, jak to swego czasu donosiliśmy, urządzić podobnie jak linia hambursko-amerykańska podróż pierwszoklasowym parowcem „Thalia“ austryackiego Llyodu, w przypuszczeniu, iż z niego w pierwszej linii austryaccy i rosyjscy kongresiści skorzystać zechcą. Parowiec ten mógłby przeważnie służyć uczestnikom polskim, byle się wczas zgłosili; wspólna podróż powinna być dla nas tem większą przynętą. Plan jazdy byłby następujący: Odjazd z Tryestu 10/IV o g. 9 rano; przyjazd do Lizbony 18/IV. a stamtąd odjazd 26/IV; Gibraltar 28/IV, 5 rano wycieczka do Granady i Sewilli; odjazd z Gibraltaru 3/V. Powrót do Tryestu 10/V.

Cena od osoby za podróż pierwszą klasą do Lizbony i napowrót z pierwszoklasowem zupełnem utrzymaniem wynosiłaby 895 franków. Cena ta obejmuje: 1) Jazdę okrętem z Tryestu do Lizbony pierwszą klasą tam i napowrót. 2) Całkowite pierwszoklasowe utrzymanie w czasie jazdy, składające się ze śniadania, obiadu i wieczerzy (Levante-Menu), z wyłączeniem napojów. 3) Jednorazowe wylądowanie w Lizbonie i wzięcie napowrót na pokład. 4) Napiwne dla personalu okrętowego.

Ze względu na rozmaite uroczystości, odbywające się w Lizbonie i wskutek tego utrudniony powrót na statek dla zwykłych posiłków, firma Cook nie obejmuje w czasie Kongresu od 19—26 kwietnia powyżej oznaczoną ceną pożywienia, natomiast można posiłki brać na statku w tym czasie, lecz winno się je opłacać wprost do rąk stewarda.

Z powrotem zarzuci statek kotwicę koło Gibraltaru, aby dać uczestnikom sposobność urządzenia wycieczki do Granady w celu obejrzenia Alhambry, oraz do Sewilli. Wycieczka ta odbyłaby się pod okiem wydelegowanego przez firmę inteligentnego przewodnika, znającego dobrze okolicę i język miejscowy. Zajęłaby ona 6 dni czasu, a koszta, wliczając w to bilet kolejowy pierwszej klasy, utrzymanie, wynagrodzenie dla przewodnika etc., wyniosłyby na osobę około 250 koron. Parowiec „Thalia“ będzie oczekiwał uczestników wycieczki w Algeciras; po powrocie zabierze na pokład i popłynie, nie zatrzymując się nigdzie, z powrotem do Tryestu. Zgłoszenia, do których trzeba dołączyć zadatek w kwocie 300 koron, można nadsyłać najpóźniej do 20 stycznia 1906.

Tak więc dla uczestników Kongresu nadarzają się prócz podróży zwykłej lądem, trzy sposoby dostania się do Lizbony na Kongres na pokładach statków i zwiedzenia przy tej sposobności po drodze rozmaitych miejscowości. Dla Polaków najponętniejszą zdaje się będzie wycieczka, jaką za inicyatywą Komitetu polskiego projektuje firma Cook we Wiedniu. Przyjść ona może jedynie do skutku przy zgłoszeniu się dość licznem przed 20 stycznia. Dlatego prosimy o niezwłoczne objawienie choćby tylko kartą korespondencyjną chęci udziału w tej podróży na ręce sekretarza lub skarbnika Komitetu polskiego, a zgłoszenia się wprost do firmy Cook and Soon Wien, Stephansplatz 4, dla zapewnienia sobie kajuty.

4) Jeneralny sekretarz Komitetu organizacyjnego prof. Bombarda donosi nam, że Komitetowi kongresowemu udało się pozyskać dla kongresistów książeczki z kuponami podróży wprost z Paryża do Lizbony i z powrotem z opustem 50 prc. zwykłej ceny, wogóle zaś koleje portugalskie, hiszpańskie i francuskie obniżą dla kongresistów taryfę osobową o 50 prc. Signor Giovanni Chiari we Florencyi organizuje podróż dla lekarzy włoskich, względnie austryackich na podobieństwo podróży, urządzanej przez firmę Cook. Nie przesądzając jednakże o dobrych zamiarach p. Chiariego, nie możemy się do włoskich przedsiębiorstw w tym kierunku zbytnio zapalać.

Tyle w sprawie ułatwień komunikacyjnych na Kongres. Towarzystwom i korporacyom naukowym przypominamy raz jeszcze, iż czas najwyższy wyznaczyć urzędowych delegatów. Skoro tylko nazwiska będą nam podane przez zarządy Towarzystw lekarskich, zakomunikujemy je Centralnemu Komitetowi w Lizbonie.

„Nowe“ projekta ostemplowania recept.

W marcu 1902 roku wniósł zarząd Towarzystwa samopomocy lekarzy petycyę do Rady państwa i do Rządu z wypracowanym w najdrobniejszych szczegółach projektem opodatkowania recept, celem wprowadzenia drogą ustawy przymusowego zabezpieczenia na starość lekarzy w Austryi, jak niemniej pensyi wdowich i sierocych.

Dzięki energii i osobistym staraniom prezesa Towarzystwa, profesora Jordana, głównego twórcy projektu, powiodło się zyskać dla petycyi tej życzliwe przyjęcie w parlamencie, oraz u ówczesnego prezydenta ministrów, Dra Koerbera, a tak szefowie sekcyi, jak i wybitni posłowie przyrzekli sprawie chętne poparcie. Czy to jednak skutkiem wiadomego wszystkim zastoju parlamentarnego, czy też dla braku dalszej agitacyi ze strony austryackich Izb lekarskich, z których wprawdzie niektóre poparcie sprawy przyrzekły, ale też i do obietnicy tylko się ograniczyły, — ubiegło lat cztery, a o dalszych losach petycyi, przekazanej wówczas parlamentarnej komisyi socyalno-politycznej i złożonej w aktach ministerstwa spraw wewnętrznych, dotąd nic nie słychać. Co więcej nawet lekarze, poza obrębem Galicyi mieszkający, widocznie zapomnieć musieli, że

rzecz ta w tej formie przez nasze Towarzystwo zainicyowaną została, jeżeli obecnie wypłynęły w Wiedniu na raz dwa jakoby „nowe" projekta, oparte na tej samej zasadzie, którą rozwinięto szeroko w naszej petycyi.

Na grudniowem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego wniósł dr. L. Stricker, członek Izby lek., projekt opodatkowania recept na rzecz funduszu emerytalnego, a zgromadzenie z niemałem zdziwieniem dowiedziało się podczas dyskusyi z ust obecnego na posiedzeniu polaka dra Ebla, że lekarze galicyjscy rzecz tę już po części wykonują praktycznie, zaprowadziwszy dobrowolne stemplowanie recept znaczkami, wydawanymi przez Tow. Samopomocy.

W numerze 23 czasopisma *»Oesterreichische Aerzte-Zeitung«* z 5 grudnia 1905 roku pojawił się obszerny artykuł zatytułowany: *»Zur Einführung einer Rezept-Stempelsteuer«*, w którym autor, podpisany pseudonimem „Justus", wzywa „Związek lekarzy austryackich" i Izby lekarskie, aby zajęły się energicznie przeprowadzeniem ustawy o podatku receptowym. Projekt swój uzasadnia szeroko w podobny sposób, jak uczyniliśmy to przed 4 laty w naszej petycyi, żąda zaprowadzenia znaczków receptowych 1-halerzowych, wykazuje obfite, stąd płynąć mogące dochody, obala wszelkie nasuwające się wątpliwości i dowodzi wreszcie, że tam, gdzie idzie o zabezpieczenie bytu przedstawicielom zawodu tak dla społeczeństwa pożytecznego, jak lekarski, nieznaczna ta ofiara ze strony ogółu na opór napotkać nie powinna.

Oba te głosy są dla sprawy wielce pomyślne, gdyż dowodzą, że w dalszej akcyi zabiegi nasze liczyć mogą na pomoc ze strony szerokich kół lekarzy, już nietylko galicyjskich, oraz, że myśl, przez nas pierwszych poruszona, mimo niechęci, jakiej jej niektórzy koledzy nie szczędzą, przecież musi być dobrą, a nawet jedyną w danym przypadku, jeżeli zrodziła się też i gdzieindziej zupełnie niezależnie i bez świadomości tego, co my zrobiliśmy.

Wydział Samopomocy, wprowadziwszy w Galicyi od $1^1/_2$ roku dobrowolne stemplowanie recept, rozporządza już doświadczeniem, jak rzecz ta wygląda w praktyce, co oczywiście bardzo ułatwić może dalsze zabiegi. Chodzi więc tylko o to, aby zastrzegłszy sobie pierwszeństwo tak pomysłu, jak i częściowego wprowadzenia go w życie, wejść obecnie w porozumienie z kolegami wiedeńskimi, a oddawszy kierownictwo Izbie krakowskiej, jako Izbie zarządzającej, nadać całej akcyi jednolity kierunek i wspólnemi siłami wszystkich Izb austryackich przywieść do skutku szeroko zakreślony projekt.

Wiedząc, że artykuł wyżej wzmiankowany zainteresował obecnego prezydenta zachodnio-galicyjskiej Izby, który nawet oświadczył gotowość zajęcia się tą sprawą, sądzę, że na razie wypadałoby przedewszystkiem obmyśleć jak najrychlej na wspólnem posiedzeniu Wydziału Izby i Wydziału Samopomocy plan dalszego działania, mającego na celu wciągnięcie do akcyi wszystkich Izb austryackich, aby już na najbliższym ich Wiecu, który odbędzie się bieżącego roku w Krakowie, wystąpić z konkretnymi wnioskami.

Dr. Adam Langie.

— Sprawozdanie z działalności **lekarzy szkolnych w Berlinie** za rok 1904/5 stwierdza, że mało które z miast niemieckich posiada stosunkowo tak mało tych ważnych urzędników zdrowia, jak Berlin: jeden bowiem lekarz szkolny w Hannowerze n. p. ma nadzór nad 12 klasami szkół, w Akwisgranie nad 30, w Berlinie nad 127. Wskutek tego lekarze szkolni berlińscy badają przy przyjęciu do szkoły to tylko dzieci, które wskaże kierownik szkoły jako chorowite; resztę dzieci badają dopiero na ciągu pierwszych 6 tygodni szkoły, przez co niejedno dziecko, z początku przyjęte, zostaje później wydalone. Każdy lekarz szkolny berliński musiał w ciągu roku wykonać aż 960 badań. Ze zbadanych dzieci nie przyjęto do szkół 8·5 prc., a 20·4 prc. uznano za potrzebujące nadzoru lekarskiego. Oprócz badań ogólnego stanu zdrowia i kwalifikowania dzieci na kursa dla jąkałów, orzekać musieli lekarze szkolni o higienicznej wartości urządzeń szkolnych. Dalej zajmowali się sprawą zwalczania chorób zakaźnych i gruźlicy w szkole, rozpowszechnienia się alkoholizmu u dzieci (w jednej ze szkół stwierdzono, że 31·9 prc. dziewcząt, a 34·4 prc. chłopców codziennie pija piwo!) i t. p. Zadania lekarzy szkolnych okazały się wogóle tak rozległe, że sprawozdanie domaga się, by jednemu lekarzowi przydzielać najwyżej 6 szkół.

Zajmujące jest porównanie niektórych szczegółów tego sprawozdania z datami o **higienicznych stosunkach** domowych **dziatwy szkolnej we Lwowie,** zebranemi przez lwowską Radę szkolną okręgową, a przytoczonemi przez *Przegląd higieniczny* (1906, 1). Tak n. p. stwierdzono, że na 545 uczniów szkoły ludowej im. Kordeckiego, 152 (28 prc.) używa stale wyskoku, 355 czasami, a tylko 38 (7 prc.) wcale go nie używa. 13·5 prc. chłopców (7—8 letnich!) przyznało się, że bodaj raz w życiu nadużyli wyskoku. Niektóre dzieci przynoszą ze sobą do szkoły wódkę na śniadanie podczas przerwy. Z innych szczegółów lwowskich badań przytoczyć należy stwierdzenie, że większość tamtejszych dzieci szkolnych śpi ledwo 6—7 godzin na dobę; tylko 44·5 prc. sypia oddzielnie, reszta we wspólnych łóżkach z rodzicami lub rodzeństwem. Kąpie się 42 prc. chłopców, 55 prc. dziewcząt; zmywa się do pasa zimną wodą 26·5 prc. chłopców, 48·7 prc. dziewcząt; czyści zęby 33 prc. chłopców, a 55 prc. dziewcząt. 19 prc. dzieci niema w domu stołu do pisania zadań, które pisze na stołku, kufrze, lub na ziemi i t. d.

— Berliński oddział związku lekarzy niemieckich, (t. zw. lipskiego) otworzy w najbliższym czasie **seminaryum medycyny społecznej** dla obznajomienia lekarzy z istniejącemi urządzeniami socyalno-lekarskiemi. Program seminaryum obejmuje wykłady, praktyczne ćwiczenia seminaryjne i zwiedzanie rozmaitych zakładów; seminaryum rozpocznie się z początkiem lutego 1906, udział w niem jest bezpłatny dla wszystkich lekarzy zgłaszających się. Wyjaśnień udziela dr. A. Peyser, Berlin C. 54, Hackescher Markt 1. *K.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, 11 stycznia.

— Redakcyę »Przeglądu higienicznego« objęli po ustąpieniu prof. Szpilmana — prof. M. Grabowski i doc. K. Panek.

— Redakcyę »Časopisu lekařů českych« prowadzić będzie w r. b. wyłącznie dr. J. Semerád.

— Dr. Heryng z Warszawy wykończył dzieło o chorobach nosa i gardła, które wyjdzie z druku w r. b.

— Na Wydział lekarski lwowski zapisało się w bieżącym roku szkol. 120 słuchaczy zwyczajnych, w tem 17 kobiet, 16 nadzwyczajnych, w tem 2 kobiety.

— Na fundusz wdów i sierót Towarzystwa lekarzy galicyjskich złożyli lwowscy koledzy zamiast wieńców na trumnę ś. p. dr. Juliana Zajączkowskiego kwotę 245 koron.

— Utworzenie przez gminę biura mamek w celu urzędowej kontroli nad ich kwalifikacyą na mamki zaproponował w lwowskiej komisyi zdrowotnej dr. Mikołajski.

— Między 17 a 23 grudnia 1905 stwierdzono w Galicyi 1 nowy przypadek ospy w Krakowie, a 4 w powiecie mieleckim, zaś 18 przypadków duru osutkowego w 10 gminach 9 powiatów (po 1 w powiatach: Brzeżany, Buczacz, Dolina, Jarosław, Przemyślany, Stary Sambor, 3 w powiecie nadwórniańskim, 4 w jaworowskim, 5 w stryjskim).

— Między 24 a 30 grudnia 1905 stwierdzono dalszych 18 przypadków duru osutkowego w 9 gminach 7 powiatów (Kamionka, Mielec, Nadwórna po 1, Dobromil, Jaworów, Stary Sambor po 2, Stryj 8) i w mieście Lwowie (1 przyp.).

— Śmiertelność z gruźlicy we Lwowie stale się zwiększa; z 22·4 prc. ogólnej liczby zmarłych w r. 1896 wzrosła w ciągu dziesięciolecia do 26·3 prc. w r. 1904 (w Krakowie w tymże roku 1904 — 24·6 prc., w Tryeście 18·5 prc., w Wiedniu 22·4 prc.).

— Nagminne zapalenie opon mózgowych zaczyna się znowu, choć zrzadka, pojawiać na Slązku pruskim.

— W Düsseldorfie tworzy się akademia medycyny praktycznej, na której profesorów mają być m. i. powołani: Witzel (chirurgia), Hoffmann (med. wewn.), Sellheim (ginekologia), Schlossmann (chor. dzieci), Wendelstadt (higiena), Keimer (laryngol.). Otwarcie akademii ma nastąpić z wiosną 1907 r.

— II międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej odbędzie się 5—10 sierpnia 1907 w Londynie. Austr. ministeryum spraw wewn. wzywa Towarzystwa pedagogiczne, lekarskie i techniczne do zawiązania komitetów miejscowych i krajowych dla spraw tego zjazdu.

— Zjazd Towarzystw balneologicznych niemieckich i austryackich odbędzie się w marcu r. b. w Dreźnie.

— Towarzystwo lekarskie w St. Louis uchwaliło założyć »czarną księgę« pacyentów, nie mających zwyczaju płacić lekarza.

Mianowani ordynatorami w warszawskich szpitalach: dr. W. Wróblewski w szpitalu Ewangelickim, dr. Ettinger w szpitalu Dzieciątka Jezus, dr. S. Orłowski i dr. Zembrzuski w szpitalu Jana Bożego; profesorem laryngologii doc. dr. Neumayer w Monachium, profesorem klinicznej terapii dr. Robin w Paryżu, profesorem anatomii patolog. we Fryburgu prof. Schmorl z Drezna. Tytuł profesora otrzymał znany chirurg dr. Karewski w Berlinie.

Zmarli: Dr. Kazimierz Obniski utonął w bitwie pod Cuszimą; ur. w r. 1876, praktykował od r. 1901 w gubernii chersońskiej jako lekarz ziemstwa. Dr. Henryk Fryde, l. 44, w Będzinie, zmarł z duru osutkowego. Padł ofiarą zawodu, w którym używał powszechnego szacunku i wzięcia. W N. Yorku znany ginekolog Bozeman w 80 r. ż.; okulista prof. Sachsalber w Grazu; patolog b. prof. Rosanelli w Padwie.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Od Redakcyi: Nowa epoka Bieliński: Pierwsze promocye doktorskie w Warszawie. Kramsztyk: Rola lekarza w „Panu Tadeuszu".

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Kicki: Wyniki badań chorób ocznych i bystrości wzroku u młodzieży szkół ludowych we Lwowie. Gargas: Miasta ogrodowe.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 53. Zikmund: Vzácný případ porodu conduplicato corpore. Kubr: Kazuistický příspěvek ku poranění bleskem. Kozlowsky: Linimentum mentholi chloroformiatum compos. orig. Sedláček. — 1906. Nr. 1. Kukula: O chirurgické therapii cholelithiasy. Veselý: Topografická perkusse srdce a methody určování skutečných rozměrů srdce. Štýbr: Purpura fulminans. Bouček. Úvahy a zkušenosti porodnické praktického lékaře.

— *Sborník klinický* Nr. 2. Hnátek: Příspěvek ku poznání pathogenesy nemoci Raynaudovy. Thomayer: K symptomatologii zánětu srdečníka. Vanýsek. Paroxysmální bigeminie s vlivem vůle na činnost srdeční. Souček: Příspěvek k otázce o renalním původu urobilinu. Rössler: Klinický příspěvek k nauce o pathogenese a prognose ikteru při prudké otravě fosforem. Vozábova: O souboru příznaků Ménièrových.

— *La Presse médicale* Nr. 105. Letulle: Kliniczne badanie kału. Carrel: Przeszczepianie żył i jego chirurgiczne zastosowanie. Badania doświadczalne. — 1906. Nr. 1. Reclus: Stowaina. Desfosses: Dziecięce skrzywienie kręgosłupa boczne. — Nr. 2. Wallich: O białkomoczu w ciąży. Méry: Żłobki w szpitalach dla dzieci. Guérin: O metodzie Behringa.

— *Semaine médicale* Nr. 1. Blanchard: Spirilla, spirochaete i inne prątki kręte.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 1. Hoffa: O urazowem zapaleniu stawu kolanowego. Lüdke: O uzyskiwaniu jadu dysenterycznego. Buschke i Fischer: O położeniu krętka bladego w tkance. Hymans v. d. Bergh i Grutterink: Sinica pochodzenia jelitowego. Ostwalt: O głębokich wstrzykiwaniach wyskoku kokainowego lub stowainowego przy rwach n. trójdzielnego i innych. Cohn: Znaczenie promieni Röntgena w leczeniu mięsaków limfatycznych. Bordet: Uwagi o antykomplementach. Lubliński: Odma opłucna i porażenie n. krtaniowego dolnego. De la Camp: Leczenie nawykowego zaparcia stolca. — Nr. 2. Pfeiffer i Moreschi: O pozornem antykomplementowem i antyamboceptorowem działaniu surowic strącających w ustroju zwierzęcym. Apolant, Ehrlich i Haaland: Doświadczalne przyczynki do nauki o nowotworach. Bickel: Doświadczenia co do wpływu wód mineralnych na czynność wydzielniczą żołądka. Salomon: Rozpoznawcze nakłucie brzucha. Rothmann: O przewodzeniu czucia w rdzeniu. Gutzmann. W sprawie fizyologii i patologii ruchów oddechowych. Lüdke: (dok. z Nr. 1). Bosse: O ropnem ogólnem zapaleniu otrzewnej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Wagner v. Jauregg: W sprawie obciążenia dziedzicznego. Halban J: O pomijanym dotąd objawie ciąży *(hypertrichosis graviditatis)*. Braun-Fernwald: Rzadki przypadek gruźlicy macicy. Hinterstoisser: W sprawie leczenia wrodzonego rozszczepienia pęcherza.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 1. Sauerbruch: Sprawozdanie z pierwszych operacyi, wykonanych w komorze pneumatycznej na klinice wrocławskiej. Dungern: W sprawie gruźlicy na zasadzie doświadczeń na małpach człekokształtnych. Weichardt: O toksynie i antytoksynie znużenia. Werner: Nabyta promieniotwórczość tkanek jako czynnik biologicznego działania promieni i jego naśladowania. Müller: O stosunku wrażeń duchowych do zaburzeń sercowych. Bruns: Uwięźnięcie przydatku tłuszczowego w przepuklinie. Lotze: O istocie i działaniu jadów wężowych z przyczynkami kazuistycznymi. Fromme: O zapobiegawczem i leczniczem użyciu surowicy przeciwpaciorkowcowej. Winckelmann: Leczenie włóknikowego zapalenia płuc surowicą pneumokokową Römera. Freund: Nieprzepuszczający promieni Röntgena giętki zgłębnik.

Redakcya otrzymała. Bogdanik: Über die Torsion des Samenstranges. Odb. z „Wiener med. Presse".

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 1 (od dnia 31/XII do 6/I) **urodziło się** dzieci żywo: chł. 27, dziew. 25; nieżywo: chł. —, dz. 2 — **Zmarło:** miejscowych męż. 22, kob. 18; zamiejscowych: męż. 8, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 40, obcych 16.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie w *„Domu Towarzystwa"* (Radziwiłłowska 4) we środę 17 b. m., o godzinie 6 wieczór. Na porządku dziennym sprawozdanie urzędników Towarzystwa z czynności w r. 1905.